IOLANDA MITROFAN
Coordonator

PSIHOPATOLOGIA, PSIHOTERAPIA ŞI CONSILIEREA COPILULUI
(abordare experienţială)



COLECŢIA ALMA MATER
Editura SPER **BUCUREŞTI 2001**

Acest volum a apărut sub egida
Societăţii de Psihoterapie Experienţială Română

Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale
Psihopatologia, psihoterapia şi consilierea copilului:(abordare experienţială) / Iolanda Mitrofan. (coord.), Elena Otilia Vladislav, Geanina Cucu-Ciuhan, Elena Anghel, Codruţa Lăuneanu, Doru Buzducea
București: Editura S.P.E.R., 2001
p. 373; cm. 24 – (Alma Mater : 2)
Bibliogr.
ISBN 973-99221-9-8

I. Mitrofan, Iolanda (coord.)
II. Vladislav, Elena Otilia
III. Cucu-Ciuhan, Geanina

616.89-053.2

Redactor ştiinţific: Iolanda Mitrofan
Tehnoredactori: Anca Constantin
Adrian Luca



Difuzare: Editura S.P.E.R.
Str. Ritmului, Nr. 2A, Sect.2, Bucureşti,
Tel. 3148972 / 093.210648 / 093520933

Tipar: SITECH SRL
Str. A.I. Cuza, Bl. A, Et. 1, Craiova
Tel. / Fax: 051.414003

PSIHOPATOLOGIA, PSIHOTERAPIA ŞI CONSILIEREA COPILULUI
(abordare experienţială)

AUTORI

IOLANDA MITROFAN (Coordonator)
ELENA OTILIA VLADISLAV
GEANINA CUCU – CIUHAN
ELENA ANGHEL
CODRUŢA LĂUNEANU
DORU BUZDUCEA
A contribuit MARINA BADEA

COLECTIVUL DE AUTORI

IOLANDA MITROFAN

• Profesor Doctor – Facultatea de Psihologie și Științele Educației, Universitatea din București.

• Coordonator de stagii de studii aprofundate și doctorat în psihologie și psihoterapie, Centrul de Dezvoltare Personală Consiliere și Psihoterapie Experiențială

• Aproximativ 20 ani este cercetător științific (gr. I) și psihoterapeut în domeniul clinic la Institutul Național de Expertiză Medicală și Recuperare a Capacității de Muncă.

• Stagii de formare (specializări) în: psihoterapia experiențială a unificării, gestalt-terapie (Belgia), somato-analiză, analiză bioenergetică și reichiană (Franța), NLP, terapii creative (Olanda), meditație creativă, terapii de cuplu și familie.

• Autor și coautor a peste 100 de studii, articole științifice și teme de cercetare. Volume publicate: „Cuplul conjugal – armonie și dezarmonie" (1989), „Familia de la A la Z" (1991), „Elemente de psihologia cuplului" (1994, 1996), „Psihologia relațiilor dintre sexe. Mutații și alternative" (1997), „Incursiune în psihosociologia și psihosexologia familiei" (1998), „Psihoterapia experiențială" (1997), „Jocurile conștienței sau Terapia Unificării" (1999), „Psihologia pierderii și terapia durerii" (1999), „Orientarea experiențială în psihoterapie" (2000).

• Președinta Societății de Psihoterapie Experiențială Română – SPER. Psihoterapeut și formator în cadrul SPER.

• Coordonatoarea programelor formative în psihoterapie derulate în colaborare cu Universitatea București și Colegiul Consilierilor și Psihoterapeuților din România.

• Director și fondator al Revistei de Psihoterapie Experiențială.

• Coordonatoarea Centrului de Dezvoltare Personală, Consiliere și Psihoterapie Experiențială, în cadrul unui program al Universității din București în parteneriat cu SPER.

ELENA ANGHEL

• Studii aprofundate în psihodiagnostic și psihoterapie (M.D.);

• Consilier școlar-coordonator al Centrului Municipal de Asistență Psihopedagogică, București;

• Specializări în consiliere și psihoterapie experiențială (diplomă de psihoterapeut), psihoterapie reichiană, somatoanaliză, gestaltterapie, artterapie;

• Publicații în Revista de Psihoterapie Experiențială;

• Practician în consilierea și psihoterapia copilului, adolescentului și familiei (Centrul de Dezvoltare Personală, Consiliere și Psihoterapie Experiențială, SPER, Universitatea București);

• Membru SPER;

CODRUȚA LĂUNEANU

• Studii aprofundate în psihodiagnostic și psihoterapie (M.D.);

• Consilier pentru orientarea carierei în Ministerul Apărării Naționale;

• Preparator universitar la Universitatea Hyperion

• Specializări în consiliere și psihoterapie experiențială (diplomă de psihoterapeut), psihoterapie reichiană, somatoanaliză, gestaltterapie;

• Publicații în Revista de Psihoterapie Experiențială;

• Practician în consilierea și psihoterapia copilului și familiei (Centrul de Dezvoltare Personală, Consiliere și Psihoterapie Experiențială, SPER, Universitatea București);

• Membru SPER;

GEANINA CUCU-CIUHAN

- Doctor în psihologie la Universitatea Bucureşti.
- Psiholog cu studii aprofundate în psihoterapie şi psihodiagnostic.
- Activitate publicistică în Revista de Psihoterapie Experienţială. Autor al cărţii „Psihologia şcolarului mic: dezvoltare normală, psihopatologie şi psihoterapie" (2000), „Psihoterapia copilului hiperactiv - o abordare experienţială" (2001)
- Lector universitar la Universitatea din Piteşti, Facultatea de Teologie, Catedra de Ştiinţe Socio-Umane – susţine cursurile: Psihoterapie şi terapii de familie (secţia Teologie – Asistenţă Socială) şi Psihologie experimentală (secţia Filosofie – Psihologie).
- Practician în consilierea şi psihoterapia copilului (Centrul de Dezvoltare Personală, Consiliere şi Psihoterapie Experienţială pentru copil, adolescent, cuplu şi familie, filiala SPER, Piteşti);
- Membru SPER.

DORU BUZDUCEA

- Asistent social cu studii aprofundate în politici sociale. Experienţă de consilier în problemele copilului şi familiei afectate de HIV / SIDA.
- Doctor în sociologie la Universitatea din Bucureşti.
- Autor şi coautor al volumelor: „SIDA – Confluenţe psihosociale" (1997), „Pentru o societate centrată pe copil" (1997), „Psihoterapia Experienţială" (1997, 1999), „Psihologia pierderii şi terapia durerii" (1999).
- Asistent universitar la Universitatea din Bucureşti, Facultatea de Sociologie şi Asistenţă Socială: seminarii de psihoterapie şi asistenţă psihologică a persoanelor cu SIDA şi boli cronice.
- Membru SPER.

ELENA OTILIA VLADISLAV

- Doctorand în psihologie;
- Studii aprofundate în psihodiagnostic şi psihoterapie;
- Cadru universitar la Facultatea de Psihologie şi Ştiinţele Educaţiei, Universitatea Bucureşti- susţine seminarii la disciplinele: Psihopatologia şi Psihoterapia copilului, Psihoterapie Experienţială, Psihodramă Clasică, Psihoterapii de Familie;
- Specializări în: psihoterapie experienţială, gestalt- terapie, somatoanaliză, în curs de formare în psihodramă clasică moreniană;
- Coautor al cărţii „Psihoterapia experienţială"(1998), articole în Revista de Psihoterapie experienţială;
- Practician în consilierea şi psihoterapia copilului, adolescentului şi familiei (Policlinică de copii şi Centrul de Dezvoltare Personală, Consiliere şi Psihoterapie experienţială, SPER; Univ. Bucureşti)
- Membru fondator SPER

MARINA BADEA

- Studii aprofundate în psihodiagnostic şi psihoterapie (M.D.);
- Specializări în consiliere şi psihoterapie experienţială (diplomă de psihoterapeut), psihoterapie reichiană, somatoanaliză, gestaltterapie, artterapie;
- Publicaţii în Revista de Psihoterapie Experienţială;
- Practician în consilierea şi psihoterapia copilului, adolescentului şi familiei (Centrul de Dezvoltare Personală, Consiliere şi Psihoterapie Experienţială, SPER, Universitatea Bucureşti);
- Membru SPER;

Motto:

Diana, 8 ani – Un dar pentru terapeut:

„De pe pământ mi se părea că stelele sunt colorate.
Mi se părea că sunt roşii şi verzi,
Mi se părea că vorbesc între ele.
Oare ce spun?
Un nor albastru a acoperit stelele.
Acel nor era de ploaie
El spunea că va veni ploaia."

CUPRINS

PREFAȚĂ – Invitație la sinceritate

De câțiva ani buni, preocupările noastre pendulează între asistarea psihoterapeutică și optimizarea personală în grup a adulților, cuplurilor, familiilor, a copiilor și adolescenților, ca și a tinerilor sau mai vârstnicilor specialiști aflați în stagii de formare în psihodiagnoză, consiliere și psihoterapie experiențială.

Orientarea umanist-experiențială în România a devenit, după publicarea primelor tratate colective (1997, 1999 - ediția a doua, 2000), ca și a primelor lucrări originale (I.Mitrofan, A.Nuță, C.Nedelcea, P.Dumitru, D.Buzducea, A.Nicolae, D. Constantinescu etc.), destul de cunoscută specialiștilor, ca și publicului larg, pentru a ne permite să înțelegem că oferta noastră de informație și formare se cere lărgită și aprofundată.

Revista de Psihoterapie Experiențială pe care am inițiat-o începând cu 1997 a constituit pepiniera fertilă a valorificării și validării profesionale a unui grup de specialiști tineri, practicieni cu formație academică în domeniu (masteranzi și doctoranzi), creând în același timp un curent de profesioniști, aspiranți și beneficiari tot mai numeroși în teoria și practica de acest tip.

O parte dintre eforturile acestor ani, aflați sub semnul unei binecuvântate „stări de grație" colective, s-au canalizat spre dezvoltarea unor cercetări aplicative și a unor programe de formare și supervizare a câtorva tineri și foarte talentați consilieri și psihoterapeuți ai copilului, adolescentului și familiei. Practicieni entuziaști, dar responsabili, ei se bucură în prezent de succes și capătă pe zi ce trece, acreditarea beneficiarilor serviciilor lor – copii și părinți, care le validează în fapt calitatea și seriozitatea formării lor în domeniu.

Autorii acestui tratat sunt printre cei mai apropiați și prețuiți colaboratori ai mei în dezvoltarea teoretică, metodologică și aplicativă a psihopatologiei, psihoterapiei, consilierii și optimizării copilului și a familiei, domenii incluse la propunerea mea în planul de învățământ al Facultății de Psihologie și Științele Educației, Universitatea București.

Începând cu anul universitar 1999-2000, noul plan oferă studenților la Psihologie, pentru prima dată, cursul „Psihopatologia și Psihoterapia Copilului", pe care îl susțin, iar elaborarea sa este efectul conjugat al propriilor mele căutări și ale celor aparținând tinerilor mei colaboratori, pe care am avut bucuria să-i coordonez, formez și supervizez continuu în cadrul proiectelor de

diplomă, al stagiilor masterale şi doctorale. Astăzi, ei sunt în majoritate cadre didactice universitare şi practicieni validaţi în diagnoza, psihoterapia şi consilierea copiilor şi a adolescenţilor, unii dintre ei lansându-se în proiecte de cercetare aplicativă de durată axate pe „Copil şi familie", în cadrul generos al Centrului Universitar de Dezvoltare Personală, Consiliere şi Psihoterapie Experienţială Bucureşti şi al Societăţii de Psihoterapie Experienţială din România (SPER).

Preocupările personale de a lansa şi dezvolta în cadrul universitar acest domeniu teoretico-aplicativ al psihologiei sunt însă ceva mai vechi, ele debutând cu cursurile „Psihologia familiei şi psihosexologie" şi „Terapii de familie" (încă din 1990), şi continuând cu „Psihopatologia şi psihoterapia copilului şi adolescentului", „Consiliere şi terapii de familie", elaborate şi susţinute în cadrul Studiilor aprofundate (Master), începând cu 1995, la Universitatea Bucureşti.

Mi se pare semnificativ să amintesc faptul că doi dintre colegii mei foarte apropiaţi m-au sprijinit în mod esenţial în dezvoltarea acestor domenii în cadrul modulelor de Master – prof. dr. Nicolae Mitrofan, coordonatorul modulului de Master în Psihodiagnostic şi Psihoterapie, şi prof. dr. Gheorghe Tomşa, coordonatorul modulului de Master în Consiliere Şcolară, ceea ce mă determină să le aduc mulţumiri speciale.

Sunt de asemenea foarte recunoscătoare profesorului dr. M.Zlate, şeful catedrei de Psihologie pentru receptivitatea şi sprijinul pe care mi le-a acordat în efortul meu constant şi poate uneori prea ofensiv de a înnoi, actualiza şi moderniza planul de învăţământ universitar, conştientă fiind că doar suflul intervenţiei practice, racordată la realităţile şi nevoile lumii în care trăim poate acorda o şansă adevărată psihologiei în România mileniului trei.

Actuala lucrare este primul suport de curs pentru viitorii şi actualii specialişti în Psihopatologia şi Psihoterapia Copilului, dar prin modul de redactare, secvenţele de dialog terapeutic şi studiile de caz, sperăm să deschidă şi părinţilor, cadrelor didactice, medicilor, ca şi publicului larg, interesat, o cale spre cunoaştere şi reflecţie, absolut necesară în dezvoltarea personală a fiecăruia.

Vă invităm, aşadar, să pătrundeţi şi să aprofundaţi cu sinceritate şi deschidere universul încă insuficient explorat, înţeles şi asistat psihologic al copilului şi familiei, fie în situaţiile de impas existenţial sau suferinţă exprimată simptomatologic, fie în cele ce necesită corecţie şi optimizare, compensare şi dezvoltare personală.

Terenul fertil şi fascinant pe care îl oferă mijloacele expresiv-creative şi tehnicile de factură experienţială (în special gestaltiste, drama-terapeutice şi de unificare prin metaforă) în explorarea diagnostică, analiza, suportul terapeutic, optimizarea şi dezvoltarea personală şi relaţională a copilului, ne determină să

le considerăm indispensabile, ele constituind, alături de calitatea relaţiei terapeutice sau de ajutor, o adevărată cheie a succesului. Pentru că acolo unde schemele conceptuale rigide sau sofisticate ale unor abordări tradiţionale se dovedesc insuficiente, spontaneitatea, căldura, bunul-simţ, umorul şi creativitatea vin să testeze şi să restructureze benefic realitatea universului copilăriei, printr-o abordare profund deblocantă a resurselor autentice de compensare şi dezvoltare personală naturală, flexibilă, adaptativă. Pentru că experienţele devin simple, curate şi modelabile, câtă vreme mijloacele de a le înţelege, resemnifica, integra şi dezvolta creativ sunt naturale. Iar limbajul şi comportamentul concret, nonverbal, simbolic şi ludic al copilului sunt un model de experienţialism şi autoterapie ad-hoc, pe care numai natura ni-l putea argumenta cu o forţă mereu proaspătă.

Prof. dr. Iolanda Mitrofan

PARTEA I: ELEMENTE DE PSIHOPATOLOGIE A COPILULUI

CAPITOLUL I Ce este psihopatologia şi psihiatria copilului? - Câteva precizări conceptuale şi repere de analiză ale tulburărilor psihice la vârsta copilăriei -

I.1. Concepte-cheie

Psihopatologia este considerată drept studiu al stărilor mintale anormale, precizează Tratatul de Psihiatrie Oxford (ediţia a doua, Michael Gelder, Dennis Gath şi Richard Mayou, tradus şi editat de Asociaţia Psihiatrilor Liberi din România şi Geneva Initiative on Psychiatry, 1994), şi comportă trei moduri posibile de abordare: perspectiva fenomenologică, perspectiva psihodinamică şi cea experimentală.

„Psihopatologia fenomenologică se ocupă cu descrierea obiectivă a stărilor mintale anormale, urmând o cale ce evită pe cât posibil teoriile preconcepute." (op. cit. pag. 2) Această abordare se centrează pe experienţa conştientă şi comportamentul observabil, aici şi acum, şi are ca scop: cunoaşterea trăsăturilor esenţiale ale experienţelor morbide trăite de pacient, într-o manieră unică şi personalizată.

„Psihopatologia psihodinamică" are ca punct de plecare teoria psihanalitică a personalităţii şi are ca scop explicarea cauzelor tulburărilor psihice, mai ales din perspectiva proceselor şi mecanismelor mintale inconştiente cum ar fi refularea şi mecanismele de apărare. Dincolo de abordarea descriptivă şi fenomenologică a experienţelor morbide conştientizate, această abordare avansează interpretări ale fenomenelor şi conflictelor inconştiente ce răbufnesc în simptome şi tulburări psihice.

„Psihopatologia experimentală cercetează relaţiile dintre fenomenele anormale prin inducerea de modificări la nivelul unui fenomen, urmată de observarea modificărilor care apar la nivelul altora. Pentru explicarea acestora sunt formulate ipoteze, care sunt ulterior testate şi validate prin alte experimente. Obiectivul acestei abordări este explicarea tulburărilor psihice prin intermediul aceloraşi procese psihologice care au fost identificate la baza experienţelor normale ale persoanelor sănătoase. Cu alte cuvinte, atât experienţa normală, cât şi cea anormală au o rădăcină comună în planul procesualităţii psihologice, iar înţelegerea lor poate pleca de la mecanismele de bază.

În Dicţionarul de Psihologie Larousse (Nobert Sillamy, pag. 190, 1991), psihopatologia sau psihologia patologică este definită ca disciplină având drept obiect studiul tulburărilor de comportament, de conştiinţă şi de comunicare, situându-se la jumătatea drumului dintre psihologie şi psihiatrie. Ea îşi propune mai întâi să înţeleagă faptul patologic printr-un efort de pătrundere în universul morbid al subiectului, sesizând semnificaţia simptomului aşa cum este trăit de acesta. În al doilea rând, psihopatologia caută să explice stabilind relaţiile de cauzalitate între fenomenele observate. În sfârşit, ea caută să deducă legile generale de funcţionare ale proceselor mintale şi completează abordarea clinică prin metode experimentale (studiul nevrozelor provocate la animale, de exemplu), teste şi statistică.

Pedopsihiatria este definită de acelaşi autor (op. cit. 1991) ca o specialitate medicală având drept obiect depistarea şi tratamentul maladiilor mintale ale copilului şi adolescentului. Ca disciplină autonomă, pedopsihiatria este de origine recentă. În Franţa ea a apărut ca o competenţă atestată prin studii speciale în 1972. Printre precursorii acestei „ştiinţe-arte" figurează medici ca E.Seguin, T.Simon, psihologi ca A.Binet, şi pedagogi ca J.H.Pestalozzi, dar ea se sprijină puternic pe lucrările lui S.Freud, Anna Freud şi R.Spitz.

Psihopatologia copilului abordează tulburările psihice şi de dezvoltare din perspectiva mecanismelor psihice explicative, a contextului multifactorial cauzal (biologic, familial şi socio-educaţional) şi al efectelor dezadaptative pe termen scurt şi pe termen lung, în evoluţia copilului. Ea oferă baza teoretică, psihodiagnostică şi experimentală pentru intervenţia profilactică şi curativă de tip educaţional şi psihoterapeutic.

I.2. Aspecte diferenţiale între psihopatologia copilului şi a adultului

Dacă în clinica psihiatrică pentru adulţi, consultaţia survine ca urmare a solicitării persoanei în cauză, iar în cazurile grave la solicitarea aparţinătorilor sau colectivităţii, în clinica pedopsihiatrică (sau în secţiile de neuropsihiatrie infantilă), ea este cerută de obicei de părinţi şi rareori de copil. Uneori, ea poate

fi solicitată la inițiativa unui adolescent care traversează o situație de impas existențial sau de dificultate în integrarea școlară și care se adresează în acest context cabinetului de consiliere școlară sau unui cabinet psihologic, de unde ulterior poate fi orientat, după caz, către Laboratorul de Sănătate Mintală sau Clinica de Pedopsihiatrie.

În cazul copilului, îndeosebi al celui mic și foarte mic, motivația aducerii sale la consult psihologic și eventual psihiatric, depinde mai curând de atitudinea și toleranța versus intoleranța părinților față de copil, de felul particular în care ei percep comportamentul acestuia, ca și de cunoștințele lor mai mult sau mai puțin pertinente sau limitate privind dezvoltarea psihică normală a copilului. Astfel, părinții, ca și profesorii sau educatorii pot să manifeste unele erori de înțelegere sau interpretare a conduitei copilului la un moment dat sau într-o anumită conjunctură.

Sunt cel puțin trei posibilități de eroare pe care le pot face adulții în raport cu copiii, din acest punct de vedere:
- solicitarea inutilă a unui consult psihologic, ca urmare a conduitei anxioase, hiperprotective sau excesiv de pretențioase a unui părinte sau profesor;
- neglijarea, ignorarea sau tolerarea unor tulburări psihice și de comportament ale copilului care în lipsa unei îngrijiri medicale sau psihologice în timp util se pot agrava, devenind în scurt timp „severe";
- ignorarea conexiunii dintre problema psihică a copilului și comportamentul, prezența sau absența unui membru al familiei, în acest caz, copilul manifestându-se reactiv la adult (ori la un frate), sau exprimând un răspuns simbolic (metaforic) la o relație sau situație familială disfuncțională cu impact puternic perturbator emoțional.

A hotărî ce este normal/anormal în comportamentul copilului se bazează pe repere ce permit evaluarea stadiului și nivelului de dezvoltare (maturizare) psihică, pe de o parte, ca și de durata, frecvența, intensitatea și consecințele tulburării sau perturbării, pe de altă parte.

O particularitate diferențială în abordarea psihodiagnostică și psihiatrică a copilului vine din posibilitățile de exprimare verbală mai reduse ale copiilor în favoarea manifestărilor expresive nonverbale, ceea ce îngreunează pe de o parte contactul cu copilul, solicitând specialistul compensator să-și dezvolte o bună capacitate empatică, o observare și interpretare judicioase și de finețe a semnelor corporale, o abilitate de a face o „lectură corporală" care să permită descifrarea mesajelor simbolice mimico-pantomimice, kinestezice, respiratorii, etc. în directă corelație cu problemele emoționale sau cu gândurile inexprimabile sau greu exprimabile ale copilului. De aceea, informațiile verbale sunt preluate în mare măsură de la părinți, aparținători sau profesori, alături de observațiile și propriile lor moduri de a înțelege situația. Există de

aceea, evident, riscul ca aceste informații să fie tributare unor distorsiuni de percepție sau proiecțiilor și conflictelor inconștiente, nerezolvate, ale adulților.

Pentru a se evita pe cât posibil erorile de interpretare și pentru a se formula un diagnostic cât mai aproape de realitatea fenomenologică a copilului și a sistemului său familial și socio-educațional este necesar ca specialistul să-și dezvolte câteva abilități și capacități care îi asigură competența:
- arta și știința de a obține un istoric al evoluției copilului cât mai complet și mai puțin viciat de interpretări personale, raționalizări sau confabulații compensatorii (ale părinților, dar și ale copilului);
- un tablou obiectiv al caracteristicilor comportamentale și cognitive ale copilului, ca și al manifestărilor diferite, survenite la un moment dat, implicate în perturbarea sa sau a relațiilor sale cu cei apropiați;
- o bună evaluare a gradului de implicare emoțională și a motivațiilor personale ale celor care observă sau solicită consultarea copilului;
- o evaluare adecvată a mediului familial și școlar, adică posibilitatea de a elabora un diagnostic profesionist, pertinent, al relațiilor familiale și sociale (v. psihodiagnoza familială și conjugală, sistemică și transgenerațională).

Aceste repere de competență în cunoașterea și evaluarea diagnostică a copilului și a mediului său socio-familial asigură o abordare terapeutică adecvată, individualizată și eficientă, eliminând riscul unor tentative stereotipe, simpliste sau întâmplătoare în cunoașterea și asistarea simptomatologiei sau problematicii copilului. Aceasta se impune cu atât mai mult, cu cât posibilitățile de utilizare a tratamentului farmacoterapeutic sunt în general mai restrânse decât în cazul asistării adulților.

În cazul copilului, strategia profilactică și curativă accentuează asupra valențelor terapiei de familie și de mediu, ale psihoterapiei individuale și de grup și ale tuturor demersurilor educaționale, creativ-active și de suport care să redirecționeze copilul pe traiectoria unei afirmări, dezvoltări și maturizări optime.

I.3. Criterii ale dezvoltării psihice normale – câteva elemente de bază pentru un diagnostic diferențial al normalității/anormalității în dezvoltarea psihică a copilului

Pentru o corectă evaluare a tulburărilor psihice în copilărie este necesar să ne raportăm la principalele caracteristici ale dezvoltării psihice normale, pe care le putem considera repere de bază pentru judecarea oricăror abateri în sfera cognitivă, emoțională și comportamentală a copilului și a adolescentului. În speranța că vom oferi cititorului posibilitatea unei orientări rapide pentru

fundamentarea unui diagnostic diferențial privind raportul normalitate/anormalitate în dezvoltare, prezentăm mai jos principalele semne și achiziții normale, grupate pe perioade cronologice importante în dezvoltarea copilului, urmând ca analiza tulburărilor propriu-zise, într-o manieră nozografică, să se facă în capitolul următor.

Primul an de viață:

- Dezvoltare motorie și socio-afectivă rapidă: la trei săptămâni copilul zâmbește neselectiv, apoi la șase luni surâde preferențial, selectiv, iar la 8 luni apare frica de separare de mamă, absența sau îndepărtarea acesteia generându-i stări de neliniște, anxietate, plâns, mică agitație. Calitatea atașamentului emoțional față de mamă și de părinți sau apropiați exprimă gradul de sănătate psihică a copilului. O relație caldă și sigură, suportivă cu copilul este baza sănătății emoționale de mai târziu și deschide drumul unei socializări calme și eficiente.
- Orar ordonat de somn și alimentație, cu îmbogățirea și diversificarea progresivă a principiilor alimentare, fără respingeri și crize semnificative. Experimentarea primei separări semnificative de mamă – înțărcarea sau trecerea de la alăptarea la sân la alimentația autonomă.
- Descoperirea și explorarea senzorio-motorie a obiectelor din jur, învățarea primelor relații cauzale simple, precum și a relațiilor spațiale.
- Rostirea primelor cuvinte simple, după exersarea sunetelor și a silabelor, la sfârșitul primului an de viață. Dezvoltarea progresivă a posturii și a mersului biped incipient.

Al doilea an de viață:

- Dezvoltare motorie rapidă, cu perfecționarea mersului biped, ceea ce îi conferă un grad mai mare de autonomie.
- Comportamentul de atașare este bine stabilit (începe să caute aprobarea părinților, este anxios când ei nu sunt de acord cu el și începe să învețe să-și controleze comportamentul).
- Apar și se manifestă emoțiile de mânie în contextul experimentării frustrației în conduita exploratorie. Treptat învață să accepte constrângerile.
- Leagă două-trei cuvinte într-o propoziție.

Etapa preșcolară (2-5 ani):

- Se dezvoltă rapid capacitățile cognitive și crește complexitatea limbajului.

- Progrese semnificative în socializare: pe măsură ce se integrează în familie, adoptă prin identificare standardele și comportamentele părinților, devine oglinda vie a atitudinilor și conduitei acestora, dar dezvoltă și primele răspunsuri personale față de acestea.
- Exploziile de mânie ca răspuns la frustrație. Deși se mențin, scad în intensitate și teoretic ar trebui să dispară înainte de intrarea la școală, ceea ce implică un mai bun autocontrol emoțional.
- Progrese cognitive semnificative, copilul având o imaginație bogată, vie și intensă, susținută de o curiozitate crescută. Întrebările repetate și diverse sunt specifice perioadei, iar uneori, îndeplinirea dorințelor se face prin intermediul fanteziei, ca posibil substitut al lumii reale. Jocul este principala activitate și modalitate de cunoaștere.
- Atașament față de anumite obiecte investite cu suport afectiv (păpușă, jucărie preferată, „obiecte tranziționale", etc.) care îl securizează sau îl ajută să doarmă ori să obțină pe plan simbolic anumite recompense sau sprijin.
- Descoperă și învață despre identitatea sa sexuală, jocul și explorarea sexuală fiind comune. Înțelege diferențele dintre femei și bărbați, după criterii observabile – aspect, îmbrăcăminte, comportament,
- Pe plan emoțional dezvoltă mecanisme de apărare care îl ajută să facă față anxietății provocate de emoții neplăcute sau inacceptabile: refularea, proiecția, negarea, regresia, formațiunea reactivă, deplasarea, raționalizarea, identificarea, sublimarea.

Perioada copilăriei de mijloc (6–10 ani):

- Copilul își înțelege și acceptă identitatea sa de gen (băiat, fată) și poziția sa în sistemul familial. Din punct de vedere al teoriei psihodinamice, dezvoltarea sexuală traversează o perioadă de latență, stagnare, deși unii autori consideră că preocupările și activitățile cu conținut sexual ale copilului se mențin, dar ele sunt disimulate față de adulți.
- Adaptarea la cerințele de integrare social-școlară: învață să citească și să scrie, dobândește conceptele numerice și dezvoltă capacități operaționale de tip concret.
- Se dezvoltă mecanisme de apărare și standarde de comportament social. Copilul învață să conștientizeze posibilitățile și limitele de care dispune, ceea ce îl ajută în dezvoltarea unei imagini de sine mai clare.

Perioada pubertății și adolescenței:

- În contextul unei maturizări intensive fizice și neurohormonale (v. modificările specifice fetelor între 11-13 ani și băieților între 13–17 ani) se produce o intensificare a conștientizării propriei identități psihosexuale și a

caracteristicilor de personalitate (cine sunt, ce pot face şi ce vreau sau doresc să fac în viaţă).

- Preocupările morale şi valorice sunt semnificative, iar pendularea între alternative pentru viitor, între speranţe, idealuri şi dezamăgire este la fel de comună. Criza adolescenţei nu presupune neapărat o înstrăinare de familie şi fragilitate emoţională, ci mai curând experimentarea unui registru emoţional mult mai variat, bogat şi intens, în contextul căutării unui stil personal, original de manifestare, care să exprime adevărata identitate de sine.
- Relaţiile cu grupul de prieteni devin foarte importante, iar prieteniile apropiate sunt frecvente, în special în cazul fetelor.
- Devin treptat autonomi, manifestă interes crescut pentru relaţiile heterosexuale şi apar primele tentative de apropiere faţă de sexul opus, primele atracţii erotice şi implicarea în relaţii de parteneriat. Se experimentează dragostea pură, dar destul de frecvent debutează viaţa sexuală, aspect reglat în mare măsură de standardele culturale familiale şi grupale.

CAPITOLUL II Elemente de nozografie, evaluare psihopatologică şi psihodiagnostică a copilului

Analiza tulburărilor psihice ale copilăriei poate fi făcută din două perspective:
- perspectiva nozografică, incluzând clasificările sau taxinomia patologiei psihice la copil;
- perspectiva evaluatorie, incluzând aspectele: etiologică, prognostică, epidemiologică, simptomatologică, sindromologică şi metodologică.

Vom dezvolta în continuare ambele perspective, mai puţin abordările simptomatologică şi sindromologică, pe care le vom sistematiza, detalia şi exemplifica în alte trei capitole (axate pe studiul psihogeniilor, tulburărilor de comportament, endogeniilor şi insuficienţelor de dezvoltare intelectuală).

II.1. Clasificarea tulburărilor psihice din perioada copilăriei şi adolescenţei

Consultând principalele surse nozografice considerate de maximă credibilitate şi actualitate în domeniul psihiatriei şi care constituie repere uzuale în diagnosticul psihiatric, atât pentru adulţi, cât şi pentru copii, respectiv Clasificarea Internaţională a Tulburărilor Mintale şi de Comportament, ediţia a X-a (ICD-10) şi Manualul Statistic şi Diagnostic al Asociaţiei Americane de Psihiatrie (DSM–III-R şi DSM-IV), utilizate de altfel şi în două surse bibliografice importante (Tratatul de Psihiatrie Oxford, ed. a II-a – M.Gelder, D.Gath şi R.Mayou, 1994 şi Psihiatrie Clinică Standardizată şi Codificată, aparţinând lui G.Ionescu, editura Univers Enciclopedic, 2000), am extras trei clasificări pe care le considerăm relevante.

După Tratatul de Psihiatrie Oxford (op. cit., pag. 599) sunt precizate 7 mari grupe de tulburări psihice în copilărie, recunoscute de clinicieni şi susţinute de studii ce folosesc analiza multivariată (Quay şi Werry, 1986). Menţionăm că în paranteze, autorii folosesc şi denumiri alternative:

Reacţiile de adaptare
Tulburările de dezvoltare globale (pervazive) (psihozele copilăriei)
Tulburările de dezvoltare specifice
Tulburările de conduită (antisociale sau de exteriorizare)
Tulburările hiperkinetice (cu deficit al atenţiei)
Tulburările emoţionale (nevrotice sau de interiorizare)
Tulburările simptomatice.

După DSM-III-R se clasifică următoarele tulburări psihice ale copilăriei:

1) Retardarea mintală
2) Tulburări de dezvoltare globale (pervazive)
3) Tulburări de dezvoltare specifice:
   3.1.) Tulburare de limbaj şi vorbire
   3.2.) Tulburarea aptitudinilor şcolare
   3.3.) Tulburarea aptitudinilor motorii
   3.4.) Alte tulburări de dezvoltare
4) Tulburări de comportament disruptive (în ICD-10 această categorie este codificată sub numele de Tulburări emoţionale şi de comportament cu debut de obicei în copilărie şi adolescenţă)
5) Tulburări de conduită
6) Hiperactivitatea cu deficit a atenţiei (în ICD-10: Tulburare hiperkinetică)
7) Tulburare opoziţional-refractară
8) Tulburări anxioase ale copilăriei şi adolescenţei (codificate în ICD-10 sub numele de Tulburări emoţionale, Tulburări mixte de conduită şi emoţionale)
9) Tulburări de alimentaţie
10) Tulburări de identitate sexuală
11) Ticuri
12) Tulburări de eliminare (codificate în ICD-10 la: Alte tulburări emoţionale şi de comportament, inclusiv tulburările de alimentaţie)
13) Alte tulburări ale copilăriei şi adolescenţei

Considerată drept cea mai autorizată sursă bibliografică românească, lucrarea Prof. dr. **George Ionescu** citată mai sus, propune pe baza integrării celor mai recente clasificări mondiale, următoarea taxinomie cu referire la domeniul copilăriei şi adolescenţei, care reflectă opţiunea autorului raliată la „efortul comun de a introduce în Psihiatria din România ordinea şi simetria, de a limita în lumea diagnosticului anomia şi anarhia" (op. cit. 2000, pag. 20):

Întârziere mintală
1. Întârziere mintală uşoară
2. Întârziere mintală moderată
3. Întârziere mintală severă
4. Întârziere mintală profundă
5. Alte întârzieri mintale

Tulburări ale dezvoltării psihologice
1. Tulburări specifice ale dezvoltării vorbirii şi limbajului (Tulburări specifice ale vorbirii articulate, Tulburare a limbajului expresiv, Tulburare a limbajului receptiv, Afazie asociată cu epilepsie)
2. Tulburări specifice ale dezvoltării abilităţilor şcolare (Tulburarea specifică a citirii, Tulburarea specifică a scrierii, Tulburarea specifică a abilităţilor aritmetice, Tulburarea mixtă a abilităţilor şcolare)
3. Tulburări specifice ale dezvoltării funcţiei motorii
4. Tulburări specifice mixte de dezvoltare
5. Tulburări invadante (pervazive) ale dezvoltării (Autism infantil, Autism atipic, Sindrom Rett, Altă tulburare dezintegrativă a copilăriei, Tulburare hiperactivă cu întârziere în dezvoltarea psihică, Sindrom Asperger)

Tulburări emoţionale şi comportamentale cu debut în copilărie şi adolescenţă
1. Tulburări hiperkinetice (Tulburare a activităţii şi a atenţiei, Tulburare hiperkinetică de conduită)
2. Tulburări de conduită (Tulburare de conduită limitată intrafamilial, Tulburare de conduită nesocializată, Tulburare de conduită socializată, Tulburare de tip opoziţie-sfidare)
3. Tulburări mixte ale conduitei şi emoţiei (Tulburare de conduită depresivă, Alte tulburări mixte ale conduitei şi emoţiilor)
4. Tulburări emoţionale cu debut specific în copilărie (Tulburare a anxietăţii de separare, Tulburare anxios-fobică în copilărie, Tulburare de anxietate socială, Rivalitate în fratrie)
5. Tulburări ale funcţionării sociale cu debut specific în copilărie şi adolescenţă (Mutism electiv, Tulburare reactivă de ataşament, Tulburare de ataşament cu dezinhibiţie)
6. Tulburări ale ticurilor (Tulburare tranzitorie a ticurilor, Tulburare cronică a ticurilor motorii sau vocale, Tulburare combinată, vocală şi motorie a ticurilor)
7. Alte tulburări emoţionale şi comportamentale cu debut în copilărie şi adolescenţă (Enurezis neorganic, Encomprezis neorganic, Tulburarea de

alimentație a copilului mic, Pica sugarului și copilului, Tulburare a mișcărilor stereotipe, Balbism, Vorbire neclară).

Multe dintre tulburările psihice ale copilăriei nu pot fi clasificate într-o singură categorie codificată, de aceea s-a propus un sistem de evaluare multiaxial care include 5 axe:

Axa I Sindroame psihiatrice clinice
Axa II Întârzieri specifice în dezvoltare
Axa III Nivel intelectual
Axa IV Condiții medicale asociate
Axa V Situații sociale anormale

Utilizarea unei astfel de scheme de evaluare multiaxială poate permite recoltarea tuturor datelor importante și abordarea categorială, dar și interconexă a problemelor copilului.

În lucrarea de față, noi am preferat o grupare etiologică a principalelor tulburări psihice și de dezvoltare ale copilului, scopul nostru fiind o familiarizare a studenților, specialiștilor și nespecialiștilor interesați cu tabloul simptomatologic, contextul etiologic, mecanismele psihopatogene și mijloacele de intervenție psihologică adecvate.

II.2. Etiologia, prognosticul și epidemiologia tulburărilor psihice ale copilăriei

II.2.1. Factori etiologici. Se consideră că în cazul copiilor, spre deosebire de adulți, majoritatea tulburărilor psihice sunt reprezentate mai curând de sindroame reactive la factorii de mediu (familie, școală, comunitatea de apartenență) și în mai mică măsură de entități nozologice de marcată intensitate și gravitate psihopatologică. Totuși un număr semnificativ de copii suferă ca urmare a unor deficite și insuficiențe de dezvoltare intelectuală, sau a unor handicapuri asociate.

Sunt 4 grupe de factori incriminați în etiologia tulburărilor psihice ale copilului, majoritatea acestora interacționând în maniere specifice de la caz la caz, și determinând sau favorizând răspunsuri dezadaptative sau afecțiuni psihice diverse:

- factori genetici (ereditari)
- factori temperamentali
- factori somatici (organici – în special leziuni cerebrale, precum și o serie de maladii somatice)
- factori de mediu (familiali, sociali, culturali, economici și de risc ecologic).

Factorii ereditari sunt poligenici și se referă la predispoziția pentru manifestarea anumitor tipuri de maladii, dar ei nu controlează în mod direct aceste boli. Mc. Guffin (1987) menționează influența lor în privința nivelului de inteligență, precum și a temperamentului, acesta fiind la rândul său factor predispozant pentru anumite tulburări psihice, în corelație și cu alți factori. Astfel, conform studiului longitudinal al lui Thomas și colab. (1968), anumiți factori temperamentali evidențiați chiar sub vârsta de doi ani, pot predispune la tulburări psihice mai târziu, Așa de pildă, „copiii dificili" care răspund la solicitările mediului fie prin retragere și adaptare lentă, fie prin comportament intens, disproporționat, sunt candidați precoce la tulburări de comportament sau emoționale, în contrast evident cu așa-numiții „copii buni", caracterizați prin răspuns cooperant, atitudine pozitivă, comportament blând, relaxat sau vioi și o bună adaptare la mediu. Unele cercetări au avansat ideea că deosebirile temperamentale și riscul pentru tulburare psihică sunt determinate genetic și influențate de mediu, dar alți cercetători au emis critici privind validitatea metodelor folosite și semnificația rezultatelor. (v. Graham și Stevenson, 1987)

Factorii somatici care predispun la tulburări psihice în copilărie au fost și ei cercetați, cei mai semnificativi fiind tulburările cerebrale. Și bolile somatice sunt asociate destul de frecvent cu perturbări psihice, de intensitate variabilă, având în vedere unitatea inseparabilă în funcționalitatea minte-corp. Astfel dintr-un studiu efectuat în Anglia, în 1976, rezultă că 12% dintre copiii bolnavi somatic, cu vârste între 10-11 ani, au și probleme psihiatrice, procent aproape dublu comparativ cu cei doar 7% din populația generală de aceeași vârstă (v. Rutter și colab., apud Gelder, Gath, Mayou, op. cit. 1994).

La copiii cu probleme cerebrale, 34% prezintă tulburări psihice, chiar dacă factorii sociali de risc sunt absenți. Comparativ cu datele obținute pe copiii cu infirmități fizice, se constată că procentul celor cu tulburări psihice și infirmitate prin afectare musculară este mai mic decât în cazul celor afectați cerebral. Rata tulburărilor psihice la copiii afectați cerebral este determinată de severitatea leziunii și mai puțin de localizarea acesteia. Ea este egală la băieții și fetele cu traumatism cranio-cerebral, ceea ce contrastează cu rata mai mare la băieți, în populația generală, a tulburărilor psihice (idem op. cit.).

Un concept larg folosit în studiile de etiologie este cel de „disfuncție cerebrală minimă" sau „patologie cerebrală minoră" (microleziune), care este implicată în manifestarea unor trăsături ca: hiperactivitate, neatenție, conduită dezordonată și deficite în percepție și învățare. Este de semnalat faptul că disfuncția cerebrală minimă nu este obiectivată prin semne neurologice sau modificări structurale demonstrabile la nivelul creierului, ceea ce solicită observarea atentă a asocierilor simptomatologice comportamentale specifice.

Un alt factor important incriminat în tulburările psihice ale copilului se referă la anomaliile sarcinii şi naşterii, care pot conduce la grade diverse de afectare cerebrală, ce pot condiţiona dificultăţi de citire, tulburări de comportament, epilepsie, retard mental. Condiţiile favorizante sunt cele legate de patologia sarcinii, asfixia perinatală, naşterea prematură, factori care, corelaţi cu dezavantajul social, pot determina certe tulburări psihice. Nu se poate susţine însă că toate tulburările psihice ale copilăriei sunt datorate prezenţei în istoricul vieţii copilului a tulburării cerebrale minime, aşa cum afirmă Rutter şi Schaefer, 1985.

Factorii de mediu se asociază variabil în complexul etiologic al anumitor afecţiuni, uneori fiind factori determinanţi în tulburări psihogene sau favorizanţi şi agravanţi în dezvoltarea altor patologii. Familia deţine prin modul său defectuos de funcţionare o pondere semnificativă în declanşarea şi întreţinerea unor răspunsuri patologice ale copilului. Familia este implicată în satisfacerea celor mai profunde nevoi ale copilului, care, de la dependenţă absolută este necesar să evolueze spre autonomie şi o bună integrare socială. Pentru a dobândi însă aceste capacităţi, copilul are nevoie de un mediu familial stabil, coerent şi sigur, de căldură emoţională şi încredere, de toleranţă şi ajutor, dar şi de o disciplină constructivă, ordonatoare şi pozitiv structurantă. Dintre factorii familiali disfuncţionali cu cel mai mare impact patogen menţionăm:

- separarea prelungită sau definitivă de părinţi (decesul unuia sau ambilor părinţi fiind unul dintre factorii stresori cei mai importanţi),
- separarea temporară a părinţilor prin crize conjugale sau divorţ,
- relaţiile conflictuale şi inadecvate (incest, abuz fizic sau sexual, alcoolism, violenţă familială),
- relaţii conflictuale în familii reconstituite sau mixte (fratriile şi parentalitatea vitregă),
- relaţiile familiale discordante (familia schizofrenogenă sau schismatică),
- boala sau personalitatea deviantă a unuia dintre părinţi,
- modele de creştere şi educare care implică abuzul fizic şi moral asupra copilului,
- dimensiunea mare a familiei,
- promiscuitate şi sărăcie,
- abandonul şi privarea de mamă (v. cercetările lui Bowlby, 1951, care constată că separarea prelungită de mamă este o cauză a delicvenţei juvenile.) Acelaşi autor demonstrează că experienţa precoce a separării de mamă şi a ameninţării conduce mai târziu la anxietate şi depresie (1980).

Cercetările arată că efectele separării de mamă depind de mai mulţi factori: vârsta copilului în momentul separării, relaţiile anterioare cu mama şi cu tata, motivele separării. Urmările separării sunt variate şi pe termen lung: nerealizări educaţionale şi performanţiale (prin lipsa suportului şi a încurajării de a performa în prima copilărie), dificultăţi în relaţiile sociale prin lipsa sau reducţia ataşamentelor emoţionale în prima copilărie.

Factorii sociali şi culturali au o semnificaţie specială în etiologia tulburărilor de conduită. Dacă în primii ani de viaţă ei acţionează indirect, prin intermediul normelor, atitudinilor şi valorilor familiei, pe măsură ce copilul creşte, el este supus tot mai direct influenţei mediului socio-cultural, religios, ideologic şi economic. Copilul îşi petrece tot mai mult timp în afara familiei, în şcoală, în grupul de prieteni, în cartier, în comunitate. Şi acestea încep să joace un rol important în apariţia sau agravarea unor tulburări de comportament sau de adaptare. Rata tulburărilor psihice este mai mare la copiii proveniţi din zone, cartiere sau regiuni dezavantajate social şi economic, sărăcia fiind unul din factorii de interes. În mediul urban acţionează o serie de factori specifici care pot fi implicaţi în unele tulburări de adaptare, de conduită sau emoţionale, cum ar fi: lipsa spaţiilor de joacă, posibilităţi neadecvate de distracţie (mai ales pentru adolescenţi), lipsa implicării comunităţii, calitatea scăzută a actului educaţional, mediul social în care funcţionează şcoala.

II.2.2. Prognostic. Tulburările psihice în copilărie pot evolua variabil, având o durată scurtă în cazul simptomelor uşoare sau al unor probleme tranzitorii de dezvoltare, dar putând persista pe parcursul mai multor ani în cazul simptomelor severe (cca. 5-15 % dintre copiii cu probleme se încadrează în această categorie). Prognosticul pentru viaţa de adult necesită o urmărire longitudinală, ceea ce adesea e dificil de realizat. Totuşi unele studii au avut în vedere acest obiectiv (de ex. Robins, 1966), demonstrând că tulburările emoţionale au un prognostic mai bun. Când tulburările emoţionale persistă ele se transformă treptat, la adult, în depresie sau nevroză. Aceste observaţii au fost confirmate pe baza unui studiu comparativ al unui lot de persoane care beneficiaseră în urmă cu 30 de ani de servicii psihiatrice, cu un lot martor format din persoane care aveau aceleaşi nivele de şcolarizare, dar fără incidenţă clinică în copilărie.

Spre deosebire de cei cu tulburări emoţionale, copiii cu tulburări de comportament au avut o evoluţie defavorabilă. Ca adulţi, aceşti copii devin personalităţi antisociale, sunt candidaţi la alcoolism, au probleme de integrare socială, profesională şi maritală, comit ilegalităţi.

Alte cercetări semnalează un prognostic prost pentru sindroamele de hiperactivitate şi foarte rezervat pentru psihozele infantile (Robins şi Zeitlin,

1986). Acelaşi Zeitlin confirmă o continuitate a tipului de sindrom, mai ales în cazurile în care problemele iniţiale erau simptome depresive, obsesive sau tulburări de conduită.

II.2.3. Epidemiologie. Studiile de incidenţă şi prevalenţă a tulburărilor psihice şi de comportament la copii arată că estimările variază în funcţie de criteriile de diagnostic şi de metodele utilizate. Nivelul de dezvoltare socio-economică a unei ţări nu influenţează semnificativ ratele generale de îmbolnăvire, exceptând prevalenţa dificultăţilor de învăţare (v. studiul lui Graham, 1986), aşa încât, frecvenţa tulburărilor psihice pare să nu difere foarte mult între ţările dezvoltate şi cele în curs de dezvoltare.

Frecvenţa lor este influenţată şi de factorul vârstă (astfel, la copiii de trei ani, predomină problemele uşoare – 15%, faţă de problemele moderate şi severe - 7%, conform Studiului lui Richman, 1982). În perioada de mijloc a copilăriei, rata tulburărilor psihice diferă în funcţie de mediu, fiind de două ori mai mare în mediul urban (25%) faţă de mediul rural (12%), după Rutter, 1975. La adolescenţi, unele studii arată la 14 ani o prevalenţă de 20%, la cei mai în vârstă fiind puţine studii (v. Gelder, Gath şi Mayou, op. cit.).

Sexul pare să fie un factor de asemenea diferenţial pentru epidemiologia tulburărilor psihice în copilărie. Astfel, un studiu făcut în Anglia, pe 2199 de cazuri, vizând analiza comparativă a inteligenţei, sănătăţii fizice, educaţiei şi dificultăţilor psihologice, demonstrează frecvenţa mai mare a tulburărilor psihice la băieţi, comparativ cu fetele. Nu există însă o corelaţie cu clasa socială, ci cu asocierea proporţională a nivelului scăzut de inteligenţă.

Studiile arată că foarte frecvent tulburarea psihică este asociată cu handicapul fizic şi mai ales, cu leziunea organică cerebrală. Alte asocieri semnalate sunt cele între întârzierea la citit şi tulburările de conduită.

II.3. Metode de evaluare psihologică şi psihodiagnostică a copiilor şi a sistemului lor familial

Evaluarea psihologică şi psihodiagnostică de tip clinic a copiilor cu dificultăţi în dezvoltare şi integrare, ca şi a familiilor lor, constituie prima atribuţie a psihologului clinician pentru copii, ca şi a consilierului psiholog şcolar, ea necesitând un proces de formare special, deci o competenţă profesională academică, specifică.

A doua sa atribuţie de bază, se fundamentează pe prima şi constă din conceperea şi aplicarea unui program psihoterapeutic centrat pe copil şi pe familie, stimulând complianţa, participarea şi optimizarea funcţionalităţii acesteia în tratamentul global, de echipă (medico-psiho-socială).

Obiectivele investigaţiei psihologice centrate pe copil şi ale celei psihosociale de tip familial nu se substituie demersului diagnostic medical (pedopsihiatric), ci îl complementează pe acesta, contribuind în mod specific, nuanţat, într-o manieră etio-patogenică şi evaluativă proprie (bazată pe metode, tehnici şi instrumente standardizate şi validate) la precizarea tipului, intensităţii şi consecinţelor psihologice ale tulburării psihice sau/şi de comportament.

Pornind de la un bun diagnostic psihologic (psihodiagnostic) al copilului, integrat unui diagnostic clinic mai larg şi mai complet, rezultat al investigaţiilor complexe medicale (pediatrică, pedopsihiatrică, neurologică, somatică) şi al datelor sociale importante rezultate din ancheta socială la domiciliu ca şi în mediul şcolar, efectuată de asistentul social, se poate concepe un plan adecvat de tratament complex, în echipă.

Diagnosticul familial se referă la evaluarea nivelului şi tipurilor de funcţionalitate/disfuncţionalitate din cadrul sistemului familial. El identifică patternurile interacţionale patogene din familia copilului, care sunt implicate direct în declanşarea, întreţinerea sau agravarea tulburărilor sale psihice sau de comportament. De asemenea, un bun diagnostic familial, surprinde şi evaluează deficitele de comunicare, schimburile emoţionale şi deficitele structurii de roluri familiale, gradul de adecvare/inadecvare în asumarea şi exercitarea rolurilor parental-filiale, ca şi a rolurilor şi relaţiilor conjugale, cu impact semnificativ în dinamica evolutivă a copilului. Diagnosticul familial este un diagnostic de sistem, putând să conducă la elucidarea semnificaţiei reale, ascunse, metaforice, (simbolice) sau reactive ale unor simptome sau tulburări ale conduitei copilului, ca mecanisme de apărare patologică, protest şi reglare a homeostaziei şi homeodinamicii din sistemul familial perturbat.

Ca şi în cazul adulţilor cu tulburări psihice, dar cu atât mai mult în cazul evaluării copiilor aflaţi în această situaţie, analiza şi evaluarea sistemului familial de apartenenţă este obligatorie, ea constituind o premisă şi o cheie importantă în înţelegerea modului de evoluţie a simptomatologiei sub şi în afara tratamentului individualizat.

Planul terapeutic, incluzând o asociere nuanţată, de la caz la caz, între psihoterapie şi farmacoterapie, educaţie şi integrare socială de facilitare, programe de optimizare personală şi de grup, include obligatoriu în cazul asistării copiilor şi lucrul permanent cu familia, sub forma consultaţiei, consilierii (maritale şi parental-filiale) şi a terapiei de familie propriu-zise.

II.3.1.Depistarea şi orientarea copiilor cu probleme psihice şi de conduită către specialişti

Sunt mai multe niveluri de identificare a copiilor–problemă, fie cu deficite de dezvoltare, fie cu tulburări propriu-zise. Un prim nivel îl constituie consultaţia pediatrică, solicitată pentru simptome somatice care nu răspund la tratamentul standard şi care se presupun a avea o cauzalitate probabil psihologică (de ex. vomismente repetate, fără substrat somatic identificat, enurezis fără componentă organică, etc.), apariţia unor complicaţii psihice în cursul tratării unor afecţiuni somatice este de asemenea frecventă.

Un alt nivel de identificare îl constituie grădiniţa şi screening-urile efectuate cu ocazia intrării în şcoală. Copiii cu întârzieri sau deficite în dezvoltare (motorii, cognitive, emoţionale şi socio-relaţionale) pot fi astfel foarte repede observaţi şi depistaţi pe baza unor evaluări psihometrice obiective. Dintre ei mulţi prezintă tulburări emoţionale şi de conduită, care de obicei nu sunt severe, dar pun probleme părinţilor, care adesea, din proprie iniţiativă sau la sugestia educatoarei sau a unui psiholog, se pot adresa cabinetului de psihiatrie infantilă. De aici, copilul va ajunge din nou în sfera de acţiune specializată a unui psiholog clinician, care după o evaluare aprofundată va putea susţine, după caz, un program psihoterapeutic adecvat, asociat sau nu unui tratament chimioterapeutic prescris de pedopsihiatru. Este de reţinut faptul că în general, există o atitudine prudentă vis-a-vis de utilizarea unor tratamente farmacologice intensive şi de lungă durată în cazul copiilor, preferându-se pe cât posibil tratamentul psihologic (psihoterapia), suportul educaţional adecvat şi individualizat, terapia de familie. În depăşirea impasului psihologic, se acordă o credibilitate importantă capacităţilor de dezvoltare naturală, resurselor compensatorii, bine activate, exersate şi direcţionate ale copilului. În cazul copiilor cu patologii psihice şi neuropsihice pe fond organic, rolul farmacoterapiei este prioritar, fără a se exclude suportul psihoterapeutic-educaţional necesar.

Al treilea nivel de depistare şi orientare a copiilor şi adolescenţilor cu probleme către consult specializat, îl constituie şcoala, prin cabinetul de consiliere psihologică, prezent din ce în ce mai frecvent şi în cadrul sistemului de învăţământ din România, ca şi pe plan mondial. Cabinetul de consiliere se confruntă nu doar cu probleme legate de orientarea vocaţională a copiilor şi liceenilor, ci şi cu problemele lor de integrare socio-familială, problemele emoţionale şi de conturare a identităţii, deficitele de comunicare şi ale imaginii de sine, crizele psihologice de tot felul. Astfel, un bun diagnostic psihologic, corelat cu observaţiile asupra evoluţiei copilului într-un prim program de consiliere, a rezistenţei, limitelor sau recidivelor lui simptomatologice, îl poate ajuta pe consilier să orienteze cazul către un alt nivel de asistare specializată

(clinica de psihiatrie, cabinetul de psihoterapie, un serviciu de sănătate mintală - mai ales când datele primare par să conducă spre suspectarea debutului unei afecţiuni psihice mai severe - v. debutul unor forme de schizofrenie în perioada adolescenţei sau tulburări severe de comportament cu risc perturbator şcolar şi socio-familial).

<u>Scopurile evaluării psihologice a copilului</u> sunt:

1. Identificarea tipului de problemă actuală şi a semnificaţiei sale psihopatologice (natura, forma şi intensitatea tulburărilor sau deficitelor de dezvoltare prezente, tipurile de procese psihice, abilităţi, performanţe şi achiziţii afectate).
2. Evaluarea modului în care problemele de bază ale copilului sunt legate de dezvoltarea sa, de contextul familial şi social al existenţei sale, de la naştere până în prezent.
3. Conturarea determinismului multiplu al tipului de tulburare predominantă şi al celor asociate.
4. Elaborarea unui plan de intervenţie psihologică (psihoterapeutică şi educaţională) adecvat.

Specificul evaluării copiilor, spre deosebire de adulţi, constă în flexibilitatea modalităţii de abordare, fiind dificil de urmărit un plan prestabilit, demersul investigativ bazându-se pe corelarea unui număr foarte mare de informaţii, observaţii şi măsurători psihodiagnostice obiective (testări). Este bine ca observaţiile şi informaţiile vehiculate asupra copilului şi familiei sale, de-a lungul mai multor interviuri iniţiale să fie notate sistematic, dar discret, pentru a putea fi supuse ulterior unor comparaţii, filtrări şi interpretări pertinente. Ideal este ca amândoi părinţii să participe la interviul de evaluare, fiind utilă şi prezenţa fraţilor, lucru de altfel nu foarte uşor de realizat în fapt. Prezenţa unui părinte sau a ambilor părinţi la primul interviu este însă absolut necesară, şi întrucâtva obligatorie, mai ales în cazul copiilor mici. Tot în cadrul primului interviu se asigură copilul şi părinţii de respectarea regulii confidenţialităţii şi se solicită permisiunea de a se putea culege informaţii necesare, de la profesori sau alte persoane de contact, utile pentru completarea imaginii asupra performanţelor şi comportamentului copilului. Este necesar ca pe tot parcursul interviurilor evaluative să se adopte o atitudine deschisă, caldă şi suportivă, care să faciliteze motivarea adecvată a copilului şi familiei pentru înţelegerea, acceptarea şi participarea implicativă, adecvată în tratamentul ce urmează a fi eventual parcurs. Respectul faţă de valorile şi nevoile familiei, ca şi faţă de nevoile, temerile şi posibilităţile copilului trebuie făcut manifest, ca bază reală a unei bune colaborări în evaluare şi tratament. Acesta va spori credibilitatea şi seriozitatea ajutorului oferit, precum şi complianţa „actorilor"

principali într-un travaliu comun, bilateral acceptat. Oricare ar fi problema copilului, părinţii sunt de la bun-început implicaţi, motivaţi şi lămuriţi asupra faptului că autoritatea şi încrederea copilului în ei nu va fi subminată, ba dimpotrivă, că ei pot constitui veritabili evaluatori şi co-terapeuţi în procesul de rezolvare a problemei. Pe de altă parte, psihologul, ca şi medicul sau asistentul social implicaţi, trebuie să facă faţă cu maturitate, tact, discreţie şi eficienţă eventualelor tentative de manipulare ale părinţilor sau chiar şi ale copilului, care adesea acoperă o realitate psihologică şi relaţională mult mai subtilă, ce poate scăpa înţelegerii unui neavizat sau nespecialist. Părinţii sunt încurajaţi să se exprime spontan, înainte de a li se adresa întrebări sistematice, ţintite.

În cazul copiilor mai mici de 6 ani, interviurile şi testările au loc în prezenţa părintelui şi cu părintele, iar în cazul celor cu vârsta peste 6 ani, interviul iniţial se desfăşoară împreună cu părintele, apoi, separat cu copilul. În special în cazul copiilor suspectaţi de abuz fizic sau sexual, sau al celor cu evenimente familiale traumatizante importante, întâlnirile separate cu copilul, dar şi cu părinţii, de repetate ori, pot oferi cele mai preţioase indicii şi elemente diagnostice. Dacă la primul interviu este bine ca familia să fie reunită, ceea ce permite o primă evaluare a relaţiilor „afişate" şi a regulilor de comunicare practicate în familia respectivă, ulterior este necesară intervievarea separată a copilului, părinţilor şi a fiecăruia dintre soţi, eventual a fraţilor, sau a unui bunic (după caz). După depăşirea fazei de evaluare, la începutul conceperii şi desfăşurării planului terapeutic, se reiau întâlnirile reunite (copil/familie) având ca obiectiv clarificarea scopurilor şi a participării specifice a fiecăruia în procesul terapeutic sau recuperator.

II.3.2. Metodele de evaluare psihologică şi psihodiagnostică a copilului

Cele trei modalităţi de evaluare interconectate sunt: observaţia, interviurile anamnestice repetate şi testele psihologice.

Dacă în cazul primelor două metode există interferenţe semnificative între evaluarea psihiatrică şi cea psihologică, a treia modalitate – testele de dezvoltare şi de performanţă, scalele standardizate de maturizare socio-afectivă şi de evaluare comportamenatlă - constituie apanajul strict al formaţiei profesioniste a psihologului clinician şi/sau consilierului psiholog şcolar şi comportă în consecinţă, rigorile etice şi deontologice de utilizare, aplicare şi interpretare aparţinând acestei competenţe profesionale.

Este bine ca observaţiile şi datele anamnestice să poată fi confruntate în echipa formată din pedopsihiatru şi psiholog, creându-se astfel beneficiul unei evaluări complementare, din două perspective – cea medicală, dominant simptomatologică, conectată la datele semnificative privind dezvoltarea fizică

şi incidentele posibile somatice, neuro-cerebrale sau riscurile genetice, cu reflexul lor psihologic şi perspectiva psihologică, etio-psiho-patogenică conectată la caracteristicile performanţiale, emoţionale, comportamentale şi resursele compensatorii specifice nivelului de dezvoltare al copilului, în contextul istoriei sale de viaţă şi al sistemului său familial.

Observaţiile asupra copilului în interacţiune cu membrii familiei sau cu mediul său social sunt extrem de importante, deoarece copilul, în special cel mic, nu are posibilitatea de a verbaliza complet sau adecvat trăirile, sentimentele, gândurile şi atitudinile sale faţă de experienţele cu care se confruntă şi nici dorinţa de a le exprima sau de a se face înţeles. De multe ori putem avea acces la acestea doar prin intermediul conduitei sale ludice sau simbolice. De aceea, desenul liber, desenul familiei, modelajul, jocul cu nisip, marionetele sau dramatizarea unor poveşti, colajul şi alte tehnici provocative experienţiale sunt indispensabile în evaluarea psihodiagnostică a copiilor, ele acţionând simultan şi ca mijloace de suport (mediere) a efectelor terapeutice, adevărate vehicule provocative şi catalizatoare ale procesului terapeutic analitic şi restructurant.

În cazul copiilor mai mari (peste 7-8 ani), observaţia se completează şi se desfăşoară în cadrul unui interviu flexibil, dar care poate fi şi structurat după câţiva paşi-reper, după cum urmează (conform Modelului prezentat în Tratatul de Psihiatrie Oxford) şi adaptat sau completat de noi:

Stabilirea unei atmosfere prietenoase şi câştigarea încrederii:

Copilul este întrebat cum preferă să i se spună (se foloseşte prenumele său preferat).

Se începe o discuţie despre subiecte neutre (sport, animale, jocuri, hobby, aniversări) înainte de a aborda problema propriu-zisă.

Când s-a stabilit o relaţie prietenească, se deschide discuţia asupra problemei copilului în contextul vieţii lui, a speranţelor şi dorinţelor sale, a ceea ce îi place şi nu îi place în modul lui de a fi, de a trăi. Limbajul utilizat de psiholog trebuie să fie pe măsura capacităţilor de înţelegere ale copilului, evitându-se termenii de specialitate şi preferându-se un limbaj simplu, clar, emoţional, cu expresivitate crescută, securizant, dar cu un grad suficient de mare de spontaneitate, sensibilitate şi în context, cu umor care să destindă progresiv relaţia şi să crească încrederea. Este absolut necesară evitarea tonului persiflator, ironic, rigid (v. limbajul de lemn) sau ostil. Aceasta presupune din partea psihologului un grad crescut de empatie şi capacitatea de a iubi necondiţionat copiii, factorul vocaţional fiind important. Copilul poate fi provocat prin modalităţi indirecte, cum ar fi: „Dacă te-ai întâlni cu peştişorul de aur care îţi spune că ar putea să-ţi îndeplinească trei dorinţe, care ar fi acestea?" sau „Dacă ai fi puiul unei leoaice părăsit de mămica lui, cum te-ai simţi şi ce ai face?" etc.

I se oferă posibilitatea de a-şi exprima dorinţele, preocupările şi sentimentele în desen, joc sau dramatizare. Jocul de rol poate fi extrem de util, ca şi marionetele sau desenul familiei, care pot fi punctul de plecare în cunoaşterea relaţiilor din propria sa familie, aşa cum sunt ele percepute de copil şi cum îl afectează pe acesta.

În timp ce se exprimă verbal, dar mai ales nonverbal, observaţiile care reflectă modul de gândire, emoţiile sau comportamentul copilului sunt notate discret sau în momentele de blocaj, psihologul poate participa direct la jocul copilului sau la desen, intervenind minimal, atât cât să deblocheze emoţional micul pacient.

Se introduc treptat diverse teste sau scale de evaluare, sub formă de joc, fără a forţa ritmul, acceptarea şi motivaţia copilului, dar stimulându-i mereu curiozitatea sau interesul. Se vor evita testările prea îndelungi şi obositoare, dar un test odată început, mai ales în cazul celor de performanţă, se va urmări să fie dus până la capăt sau atât cât permit posibilităţile copilului. Nu ne vom grăbi să tragem o concluzie, mai ales ca urmare a faptului că la primul contact cu un psihiatru sau cu un psiholog, mulţi copii pot fi tăcuţi şi retraşi, fără ca aceasta să releve neapărat un simptom depresiv sau anxios. De aceea răbdarea în evaluare şi introducerea mijloacelor de testare la momentul oportun sunt condiţii ale realizării unei evaluări de calitate.

Este momentul unor contacte de evaluare comună, în echipă, solicitându-se după caz, de comun acord, consultaţii suplimentare, dacă nu au fost încă efectuate şi sunt necesare (de ex. investigaţii somatice suplimentare) şi coroborându-se datele examinărilor psihice de până acum. Se conectează datele suplimentare, cu privire la interviurile şi observaţiile făcute asupra familiei sau mediului social, şcolar al copilului. Se aduc în discuţie datele de diagnostic familial, acumulate în paralel de psiholog, printr-un travaliu evaluativ specific, ţintit şi se corelează cu observaţiile pedopsihiatrului şi, după caz, ale asistentului social.

La finele etapei de evaluare, psihologul formulează un psihodiagnostic descriptiv al dezvoltării copilului, comparativ cu copiii normali de aceeaşi vârstă, precizează principalele tipuri de tulburări psihice şi/sau de comportament, semnalează principalele resurse psihice compensatorii individuale, dar şi familiale, precizează principalele limite şi riscuri în receptivitatea familiei, ca şi în posibilităţile de moment ale copilului. În baza acestei evaluări el formulează obiective pentru un plan de tratament psihoterapeutic şi familial (după caz), ca parte integrantă dintr-un plan terapeutic şi recuperator mai larg. La finele evaluării, psihiatrul şi psihologul explică părinţilor şi copilului (în funcţie de vârstă) intenţiile planului terapeutic şi dacă vor contacta şi alte persoane implicate (de ex. medicul generalist,

profesorul, asistentul social). Ei vor oferi informaţii clare asupra oricărui tratament propus şi vor încuraja întrebările şi discuţiile lămuritoare.

În cazul în care avizul echipei terapeutice indică mai curând sau în exclusivitate un demers psihoterapeutic individual, familial sau educaţional, ori unul centrat pe optimizare comportamentală şi consiliere, psihologul cu competenţă în consiliere/psihoterapie va prelua cazul şi va aplica programul stabilit. La finele tratamentului psihologic, el va reevalua starea şi achiziţiile copilului şi dacă este necesar, în caz de eşec sau răspuns terapeutic nesemnificativ va solicita o nouă evaluare psihiatrică ori va reorienta cazul către un terapeut cu mai multă competenţă.

II.3.3. Evaluarea psihologică prin teste

Pentru conturarea unui psihodiagnostic complet se utilizează corelat testele de dezvoltare (abilităţi sau achiziţii educaţionale) – instrumente de măsurare de tip „sceening“, testele de inteligenţă şi performanţă şi testele proiective (pentru obiectivarea trăsăturilor de personalitate şi a posibilelor tulburări emoţionale şi de comportament).

Dintre testele proiective cele mai frecvent folosite în cazul copiilor sunt testul desenului familiei, testul omuleţului, testul culorilor, testul feţei umane, testul arborelui, testul petelor negre Holtzman, testele situaţionale bazate pe imagerie, metaforă şi dramatizare, testul asociativ-verbal.

Instrumente de testare de tip „Screening" şi teste de dezvoltare

Testele de măsurare de tip „screening" identifică acei copii cu risc de dezvoltare psiho-comportamentală sau care prezintă anumite handicapuri. Depistarea acestora se face cu intenţia de a se alcătui programe speciale de intervenţie educaţional-terapeutică. Aceste teste cuprind anumite expectaţii privind diferitele dimensiuni ale comportamentului copilului pentru o anumită vârstă (motor, limbaj-comunicare, cognitiv, afectiv, relaţional-social). Testarea de tip screening se face la nivel de comunitate, selectând copiii ce necesită evaluări intensive suplimentare în vederea precizării mai exacte a serviciilor educaţionale şi terapeutice necesare (v. **Nicolae Mitrofan**, „Testarea psihologică a copilului mic", Edit. Press, 1997).

Într-o apreciere extrem de concentrată, J.S.Meisels şi B.A.Wasik (1990) listează practic cele mai importante cerinţe adresate acestor instrumente de măsurare şi anume: să fie scurte, raportate la norme, ieftine, standardizate în administrare, evaluate - scorate obiectiv, orientate către toate ariile dezvoltării, demne de încredere şi valide. Cea mai bună dovadă de validitate o constituie corespondenţa dintre numărul copiilor trimişi pentru evaluare (deci fiind suspectaţi în a avea probleme) şi numărul celor, care în mod real, necesită

servicii educațional-terapeutice speciale. De cele mai multe ori, testele de tip „Screening" sunt folosite în cadrul unui program mai amplu de măsurare și evaluare a copiilor dintr-o comunitate, care poate să cuprindă mai multe tipuri de investigații, după N.Peterson (apud. N.Mitrofan, op. cit., pag. 22):

Examinarea pediatrică:

Istoria dezvoltării copilului, obținută în baza intervievării părinților sau a celor ce au grijă de copii. În acest scop pot fi folosite chestionarele sau listele de control.

Date de la părinți sau de la persoanele ce îngrijesc copiii privind problemele speciale sau preocupările lor în legătură cu copilul.

Evaluarea statutului general al evaluării copilului, folosind un instrument de măsurare tip „Screening".

Revizuirea dezvoltării în 4 domenii: statutul fizic, dezvoltarea psihologică, statutul familial, statutul socio-cultural.

Dintre instrumentele de evaluare de tip „Screening" utilizate în prezent amintim:
- Testul Denver de evidențiere a achizițiilor în planul dezvoltării,
- Inventarul de dezvoltare Battelle,
- Testul de triere Brigance (revizuit) pentru grădiniță și copii de clasa I,
- Testul de triere Brigance pentru preșcolari,
- Inventarul de triere pe baza activităților de dezvoltare,
- Indicatorii dezvoltării pentru măsurarea efectelor învățării,
- Inventarul pentru trierea timpurie.

Profilele trierii timpurii:
- Testul de triere al lui McCarthy,
- Testul Miller de măsurare a preșcolarilor,
- Teste de măsurare tip „screening" pentru arii comportamentale specifice.

Testele de măsurare a dezvoltării sunt grupate pe nivele de vârstă și este foarte important ca în utilizarea lor să selectăm acele instrumente care corespund exact vârstei copilului evaluat.

Astfel, pentru **evaluarea dezvoltării noilor-născuți**, dispunem de scale speciale cu ar fi: Scala de măsurare a comportamentului copilului născut înainte de termen, Scala de măsurare a comportamentului neonatal, Măsurarea neurologică a copilului născut înainte de termen și la termen, Chestionar pentru temperamentul copilului (revizuit).

Pentru **evaluarea dezvoltării copiilor între 0 și 2-3 ani** se folosesc:
- Sistemul de evaluare, măsurare și programare pentru copiii foarte mici și mici,
- Scalele Bayley ale dezvoltării copilului,
- Carolina Curriculum pentru copiii foarte mici cu nevoi speciale,

- Profilul de dezvoltare al intervenției timpurii,
- Profilul achizițiilor învățării timpurii,
- Profilul Hawai al învățării timpurii,
- Inventarul Minnesota de dezvoltare a copilului,
- Scalele ordinale ale dezvoltării psihologice.

Pentru **evaluarea dezvoltării copiilor preșcolari și a școlarilor mici**, cele mai utilizate sunt următoarele instrumente:
- Inventarul dezvoltării copilului,
- Inventarul diagnostic al lui Brigance pentru dezvoltarea timpurie (revizuit),
- Profilul achizițiilor învățării,
- Sistemul de planificare a serviciilor pentru copilăria timpurie,
- Carolina Curriculum pentru preșcolarii cu nevoi speciale,
- Testul Gesell pentru preșcolari,
- Scalele de dezvoltare Gesell,
- Diagramele Gunzburg de evaluare a progresului,
- Scala de maturitate socială Vineland (care stabilește vârsta socială),
- Scala comportamentului adaptativ Nihira,
- Scale de achiziții educaționale (Analiza citirii - Neale, Testul Schonell de citire gradată și de pronunție gradată, etc.).

Foarte importante în evaluarea psihodiagnostică a copilului sunt ***testele de inteligență și aptitudini***. Cele mai cunoscute și utile sunt:
- Scala de inteligență Stanford-Binet, care este o revizuire a testului inițial. Ea este utilă pentru copiii din clasa de mijloc sau cu aptitudini scăzute, fiind orientată mai mult pe aptitudini verbale.
- Scala de Inteligență pentru copii Wechsler - forma revizuită (WISC-R), care oferă un profil al aptitudinilor verbale și de performanță, fiind considerată o scală foarte bine standardizată. Nu poate fi folosită pentru un IQ mai mic de 40.
- Scala de Inteligență Wechsler pentru preșcolari și școlari mici (WPPSI), utilă pentru copiii între 4 și 6,5 ani, ca și pentru cei cu întârziere mintală.
- Scalele de aptitudini (britanice), cu 24 de subscale, adecvate vârstelor între 2,5 și 17 ani. Acoperă 6 domenii: viteza prelucrării informațiilor, gândirea, reprezentările spațiale, adecvarea percepției, memoria, aplicarea cunoștințelor.
- Testul de desen Goodenough-Harris, test de inteligență nonverbală pentru copiii de 3-10 ani.

Prezentarea în detaliu a acestor instrumente și caracteristicile lor de utilizare sunt prezentate în cartea lui N.Mitrofan, 1997 (op.cit).

Alte informații utile în evaluarea copilului sunt preluate de la profesori sau persoane de contact care pot oferi o imagine mai completă privind comportamentul copilului în clasă, în colectivitatea de copii, nivelul achizițiilor

şi performanţelor, preocupările speciale, contextul familial şi relaţional, etc.. Pentru completarea tabloului investigativ în echipă, prezentăm în continuare, ca un instrument de lucru cu valenţe structurante, Schema anamnezei şi examinării psihiatrice după Graham (1986) preluată din tratatul de Psihiatrie Oxford citat anterior.

Schema anamnezei şi examinării psihiatrice (după GRAHAM, 1986)

1. Natura şi severitatea problemei actuale.
- frecvenţa;
- situaţia în care apare;
- factorii ce o provoacă sau o ameliorează;
- stresuri pe care părinţii le consideră importante.

2. Prezenţa altor probleme şi acuze curente:
- somatice – cefalee, dureri gastrice;
- auzul, văzul;
- convulsii, leşinuri, alte tipuri de „atacuri";
- probleme de alimentaţie, somn sau excreţie;
- relaţii cu părinţii şi fraţii (afecţiune, înţelegere);
- relaţii cu alţi copii, prieteni deosebiţi;
- nivelul de activitate, aria de atenţie, concentrarea;
- dispoziţia, nivelul energetic, tristeţe, suferinţă depresie, sentimente legate de sinucidere;
- nivelul general de anxietate, frici specifice;
- răspunsul la frustrare, crize de furie;
- comportament antisocial, agresivitate, furt, chiul;
- achiziţii educaţionale, atitudinea faţă de mersul la şcoală;
- interesul şi comportamentul sexual;
- orice alte simptome, ticuri, etc.

3. Nivelul curent de dezvoltare:
- limbaj, înţelegere, complexitatea vorbirii;
- aptitudini spaţiale;
- coordonare motorie, neîndemânare;

4. Structura familiei:
a. Părinţii – vârsta, ocupaţia;
- starea somatică şi emoţională curentă;
- istoric de tulburare somatică sau psihiatrică;
- ce se întâmplă cu bunicii.
b. Fraţii – vârsta, existenţa problemelor.
- condiţii acasă, condiţii pentru dormit.

5. Funcţionarea familiei:
- calitatea relaţiei dintre părinţi, afecţiunea mutuală, capacitatea de a comunica şi rezolva problemele, împărtăşirea atitudinilor faţă de problemele copilului;
- calitatea relaţiei părinte-copil, interacţiunea pozitivă, agreerea reciprocă, nivelul de nemulţumire, ostilitate, respingere al părinţilor;
- relaţia cu fraţii;
- modelul general al relaţiilor de familie, alianţă, comunicare, excludere, tendinţa de a găsi „ţapi ispăşitori", confuzii între generaţii.

6. Istoricul personal:
- sarcină, complicaţii, medicaţie, febră de natură infecţioasă;
- naşterea şi starea la naştere, greutatea la naştere, nevoia de îngrijiri speciale după naştere;
- relaţia precoce mamă-copil, depresia maternă post-partum, modurile iniţiale de alimentaţie;
- caracteristicile temperamentale precoce: comod sau dificil, schimbător, sugar sau copil mic fără astâmpăr;
- date importante (se vor obţine detalii exacte numai dacă sunt în afara normalului);
- boli şi leziuni trecute, spitalizări;
- separări care au durat o săptămână şi mai mult, felul îngrijirii de substituţie;
- istoria şcolarizării, uşurinţa de a urma şcoala, progresul educaţional.

7. Observarea stării emoţionale şi a comportamentului copilului:
- aspect, semne de dismorfism, stare nutriţională, semne de neglijare, echimoze, etc.;
- nivelul de activitate mişcări involuntare, capacitate de concentrare;
- dispoziţie, expresie sau semne de tristeţe, suferinţă, anxietate, tensiune;
- raportul creat, capacitatea de a intra în legătură cu medicul, contactul vizual, vorbirea spontană, inhibiţie şi dezinhibiţie;
- relaţia cu părinţii, afecţiunea arătată, resentimente, uşurinţa separării;
- obiceiuri şi manierisme;

- prezența delirului, halucinațiilor, tulburărilor de gândire;
- nivel de conștiință, indicii de epilepsie minoră.

8. Observarea relațiilor intrafamiliale:
- modele de interacțiune, alianțe, țapi ispășitori;
- claritatea limitelor dintre generații, încurcături;
- ușurința comunicării dintre membrii familiei;
- atmosfera emoțională a familiei, căldură mutuală, tensiune, critici.

9. Examenul somatic al copilului:
- se va nota orice asimetrie facială;
- mișcările ochilor: vom cere copilului să urmărească un deget care se mișcă și vom observa mișcările ochilor – strabism, necoordonare.
- apoziția deget-police: vom cere copilului să pună fiecare deget pe police în succesiune rapidă; vom observa neîndemânarea, slăbiciunea.
- copierea, desenarea unui om;
- observarea abilității și dexterității în desen;
- observarea competenței vizuale în desen;
- săritura pe loc;
- săritura într-un picior;
- auzul: capacitatea copilului de a repeta numere șoptite la 2 m în spatele lui.

Capitolul III Psihogeniile la vârsta copilăriei

III.1. Clasificarea psihogeniilor la copil

Psihogeniile la vârsta copilăriei se împart în trei categorii:

A. Reacțiile psihogene:
1. Reacții acute: - De șoc
   - De subșoc
2. Reacții subacute: - Reacția depresivă
   - Reacția paranoidă
   - Reacția pseudocatatonică
   - Forma de protest

B. Nevrozele:
1. Dereglări ale regimului zilnic de viață:
   a. Anorexie (simplă sau mentală)
   b. Bulimie
   c. Constipație
   d. Diaree
   e. Vărsături
2. Deprinderi nevrotice:
   a. Dureroase
   b. De plăcere
3. Nevroze propriu-zise:
   La preșcolar – stări prenevrotice:
      Spasmul hohotului de plâns
      Crize de furie
      Manifestări anxioase
      Manifestări funcțional – isterice
   La școlarul mic:
      Ticurile: simple (de scurtă durată și cronice)
      complexe (de scurtă durată și cronice)
      Boala lui Gilles de la Tourette
      Enurezisul
      Encomprezisul
      Balbismul
      Tulburări cardiace, respiratorii și digestive

Cefalee

4. Tulburările anxioase ale copilăriei:
   a. Anxietatea de separaţie
   b. Tulburarea evitantă a copilăriei
   c. Anxietatea excesivă
   d. Fobiile
   e. Panica
   f. Tulburarea obsesiv-compulsivă
   g. Stresul posttraumatic

C. Dezvoltările prevalente de personalitate la copil

III.2. Reacţiile psihogene la copil

Aceste tulburări psihice se apropie foarte mult de nevroze la vârsta copilăriei şi adesea se confundă cu ele prin faptul că ambele categorii sunt în ultimă instanţă tot reacţii patologice declanşate psihogen. Stările reactive sunt acele tablouri de suferinţă psihică care urmează imediat unei traume psihice de intensitate mare şi de durată scurtă. Prin traumă psihică înţelegem orice situaţie şocantă şi cu adânci rezonanţe negative pe plan afectiv pe care copilul o trăieşte acasă, la şcoală sau în grupul de prieteni.

Caracteristicile principale ale reacţiilor psihogene sunt: au o durată scurtă, au un prognostic mai bun decât nevrozele, adică şansele de recuperare completă şi fără urmări în activitatea viitoare a copilului sunt mari, nu presupun neapărat existenţa şi a unor factori favorizanţi, deci este suficientă doar situaţia traumatizantă în sine pentru a declanşa reacţia, de obicei trauma psihică este atât de mare, încât obligă copilul să treacă la un stereotip nou de viaţă, legătura dintre traumă şi reacţie (cauză-efect) este imediată, cu alte cuvinte, copilul reacţionând patologic la foarte scurt timp după producerea evenimentului traumatizant.

Reacţia este un răspuns patologic al copilului ale cărui capacităţi de adaptare sunt depăşite din cauza vitezei, intensităţii şi caracterului neaşteptat al traumei. Este un răspuns paradoxal, disproporţionat, din cauza perturbării bruşte a dinamicii activităţii nervoase superioare.

Reacţiile sunt cu atât mai frecvente cu cât vârsta copilului este mai mică datorită structurilor insuficient dezvoltate. Cu cât copilul este mai mic, rezistenţa lui la traume este mai scăzută, capacitatea de generalizare este mai mare, iar reacţia va avea un caracter mai primitiv.

Trauma care declanşează astfel de reacţii este de obicei de intensitate foarte mare, producând modificări de conştiinţă, motorii şi vegetative.

Mecanismul patogenetic prin care se produc aceste reacţii este unul de scurtcircuitare, răspunsul fiind paradoxal sau ultraparadoxal la starea de conflictualitate.

Reacţiile psihogene se împart în două categorii (Ghiran, 1991), după tabloul lor clinic: reacţii acute şi reacţii subacute.

1. Reacţiile acute sunt mai frecvente la copiii mici, preşcolari, datorită imaturităţii funcţiilor corticale. Ele pot apărea însă şi la copii de vârstă şcolară mică, mai frecvent la oligofreni, deoarece aceştia au o capacitate de deliberare slabă şi cu tendinţe marcate spre reacţii primitive. La baza prezenţei reacţiilor acute la copiii mici şi oligofrenii de vârstă şcolară stă incapacitatea lor de a delibera, de a aprecia valoric semnificaţia traumei. Intensitatea acestei reacţii este foarte mare, lăsând impresia: fie a unei „morţi aparente" în formele inhibitorii, fie manifestându-se cu agitaţie psihomotorie mare în formele de excitaţie.

După gravitate avem reacţii acute de şoc şi de subşoc. Acestea se deosebesc doar prin vitezele de instalare şi prin intensitatea simptomelor. În ambele cazuri apare o dereglare cortico-viscerală gravă şi o perturbare a mecanismelor centrale de reglare.

Ambele forme pot evolua în două moduri: cu proeminenţa proceselor de excitaţie, manifestându-se cu agitaţie psihomotorie şi având un aspect de panică, sau cu proeminenţa proceselor de inhibiţie, în acest caz lăsând impresia de moarte aparentă.

Durata unei reacţii acute psihogene este de câteva zile.

În evoluţia reacţiilor acute psihogene se pot descrie trei faze:

Faza I: are cu o durată de la câteva ore la câteva zile. În această fază se produce o dereglare profundă a activităţii psihice. Apare disoluţia conştiinţei, care poate merge până la obnubilare, până la pierderea completă a sa. Datorită suprasolicitării emoţionale la care a fost supus copilul se dezvoltă o stare, de anxietate, de teamă fără obiect, pe fondul căreia apar accesele de panică. Copilul prezintă tulburări de somn profunde. Apar iluzii, halucinaţii şi idei delirante nestabile. Acest tablou psihic este însoţit de tulburări motorii: fie excitaţie la copiii mari, fie inhibiţie la copiii mici. Alterarea stării psihice este însoţită şi de o serie de tulburări psihosomatice: tulburări senzoriale (văz, auz), tulburări de reglare viscero-vegetative (tahicardie pronunţată, tensiune arterială crescută, transpiraţii, diureză, vărsături, febră) şi tulburări de vorbire (care împreună cu cele de conştiinţă fac imposibil contactul cu copilul).

Faza a II-a: începe atunci când organismul şi-a recăpătat în mare echilibrul viscero-vegetativ, tulburarea de conduită a trecut şi starea generală s-a îmbunătăţit. Copilul este acum într-o permanentă stare de tristeţe, este astenic şi acuză dureri de cap (cefalee) şi nelinişte interioară. Îi scade foarte mult randamentul intelectual, capacitatea de memorare şi capacitatea de concentrare a atenţiei. Prin cap îi trec tot felul de idei cu caracter depresiv, adesea de suicid. La unii copii, pe fondul acestei stări depresive apar tulburări de comportament: grosolănii, impulsivitate, iritabilitate, tendinţe la vagabondaj. Acestea însă au un caracter trecător şi nu au semnificaţia alterării personalităţii copilului. Durata acestei faze este mai mare decât cea a primei faze. Copiii devin receptivi (reactivi) la propria lor suferinţă. Ei pot trece într-o stare de conflict care să stea la baza organizării unui tablou nevrotic ulterior.

Faza a III-a: este faza de convalescenţă. Acum are loc un proces de vindecare progresiv. Copilul continuă să fie astenic, însă fără elemente depresive. Este încă labil pe plan emoţional şi foarte iritabil. Caracteristică acestei faze este apariţia unor semne cu caracter nevrotic: pavor nocturn, ticuri, enureză şi balbism. Abia acum personalitatea copilului începe să participe activ la situaţie, să o trăiască conştient. Din această cauză este posibil ca unii copii să rămână cu anumite „sechele" în organizarea ulterioară a personalităţii.

2. Reacţiile subacute sunt caracteristice copiilor mai mari şi cu organizare psihică mai bună. Traumele care provoacă acest tip de reacţii sunt de intensitate şi viteză mai reduse. O altă caracteristică importantă este aceea că nu se alterează starea de conştiinţă a copilului. Se cunosc patru forme ale reacţiilor nevrotice subacute ce se pot manifesta între 6 şi 10 ani.

Reacţia depresivă - seamănă cu nevroza depresivă, dar intensitatea simptomelor este mai mare şi pericolul suicidului este mai prezent. Tulburarea se manifestă prin: tulburări de afectivitate (tristeţe de mare intensitate, pregnant exprimată în expresia feţei şi în activitatea generală a copilului: mimica redusă, faţa palidă, ochii umezi gata permanent de plâns, glasul stins, mişcări încetinite), copilul adoptă o atitudine de izolare, devine necomunicativ, are idei delirante cu caracter depresiv (fie de devalorizare a propriei persoane, fie de suicid), are tulburări de somn şi vise cu caracter terifiant, chiar refuză să mănânce (anorexie), fapt ce duce la alterarea stării generale şi la scăderea randamentului intelectual, acuză dureri de cap (cefalee) şi constipaţie. Uneori intensitatea trăirii dureroase şi a anxietăţii este atât de mare încât poate apărea un comportament de demisie (nu mai vrea să trăiască).

Reacţia paranoidă. Pentru apariţia acestui tip de reacţie este necesară, pe lângă trauma psihică, şi prezenţa unor particularităţi constituţionale de tip paranoid, care permit trecerea mai uşoară la înţelegerea greşită a realităţii.

Personalitatea paranoidă se caracterizează prin: sensibilitate exagerată, suspiciune şi neîncredere, fapt ce o determină să presupună că adevărul se ascunde dincolo de vorbele interlocutorului, dincolo de faptele care i se înfăţişează; aspectele aparent întâmplătoare sunt corelate într-un sistem şi sunt argumentate adeseori într-o manieră plauzibilă. (Dicţionar Enciclopedic de Psihologie, 1997).

În ceea ce priveşte mecanismul prin care se formează acest caracter interpretativ, părerile sunt împărţite. Astfel, unii autori consideră că el se poate forma în timp sub acţiunea unor situaţii stresante de durată care genereazä o permanentă stare de teamă. Aceste situaţii stresante pun copilul într-o permanentă stare de aşteptare anxioasă. În antecedentele acestor copii, de cele mai multe ori se remarcă prezenţa unor acţiuni nedrepte îndreptate asupra lor. Aceşti copii au în general o sugestibilitate crescută.

Alţi autori susţin că insomnia de durată poate fi o cauză a formării unei personalităţi premorbide de tip paranoiac. Astfel, insomnia duce la epuizarea sistemului nervos central şi implicit la amplificarea anxietăţii. Drept urmare, are loc o scădere a capacităţii de integrare şi corecţie şi apare prelucrarea paranoidă a realităţii.

Reacţia de tip paranoid are următoarea evoluţie: începe cu o alterare acută a stării generale, însoţită de elemente confuzive, se modifică comportamentul faţă de şcoală şi familie, copilul se retrage din viaţa obişnuita, îi scade randamentul şcolar, apare o inversare afectivă faţă de părinţi şi prieteni, devine bănuitor şi interpretativ (ideile de acest tip fiind întărite de tulburările de percepţie iluzorii), nu vede în jurul său decât duşmani care coalizează în urmărirea lui. Tulburarea apare la copiii mai mari. Durata este mai mare decât la forma depresivă.

Reacţia pseudocatatonică este o formă mai rară, ea apărând în special la copiii mai mari şi la oligofreni. Tulburarea se instalează lent, dar în câteva zile ajunge la intensitatea unui tablou catatonic (se instalează greu faţă de alte tulburări catatonice de origine toxiinfecţioasă sau schizofrenică). Apar pusee de hipertimie şi elemente delirante, care duc la alterarea stării generale. Copilul manifestă o anxietate constituţională. De obicei copilul a avut o reacţie anxioasă în antecedente. Durata reacţiei este mai mare decât cea a formelor anterioare şi copilul necesită asistenţă medicală intensă.

Reacţia de protest se manifestă printr-o alterare comportamentală bruscă ce îmbracă caracterul unui protest faţă de situaţie. Copilul are atitudini deliberate de opoziţie. Tulburarea se manifestă ca reacţie la o situaţie traumatizantă. Înaintea traumei, copilul nu a manifestat tulburări de comportament. Protestul copilului ia forma unor crize de furie cu tendinţe agresive, el îşi poate abandona obligaţiile şcolare şi poate recurge chiar la vagabondaj, furt, consum de alcool, etc.

III.3. Nevrozele copilăriei

Persoana care suferă de nevroză manifestă lipsă de energie şi elan, trăieşte o permanentă stare de nelinişte interioară, nesiguranţă a memoriei, incapacitate de concentrare a atenţiei, insomnie şi un disconfort general pe plan biologic. Nevroza este o reacţie psihogenă la o stare de conflictualitate psihică, în care conflictul este de intensitate mică sau medie şi de durată lungă. Acest conflict perturbă echilibrul cortico-diencefalic şi ca expresie a acestei perturbări apar tulburările neuro-vegetative (trăite ca boli organice) şi o scădere a randamentului şi a posibilităţilor generale.

Principalele particularităţi ale nevrozei sunt: este o boală de intensitatea cea mai mică, nu perturbă calitativ conştiinţa şi personalitatea, nu presupune niciodată o leziune biologică (este pur psihogenă şi are o reversibilitate absolută), în timpul manifestării ei nu apar tulburări de reflectivitate (halucinaţii, delir, etc.). Individul are aparenţa de normalitate, dar cum a intrat în conversaţie se plânge de suferinţa lui, mai exact se plânge de tulburările vegetative ce sunt numai expresia dereglării vieţii psihice şi nu tulburări organice propriu-zise. Bolnavul îşi amplifică suferinţa, dar are conştiinţa bolii.

Această stare de conflictualitate presupune o suferinţă psihică de lungă durată. Izvorul suferinţei la copil constă în atitudinea persoanelor semnificative faţă de el. Gama posibilităţilor lui de a se organiza clinic este mai mare (Ghiran,1991). Modul de manifestare a nevrozei, semnele sale, sunt dependente de faza de dezvoltare în care se găseşte copilul. Este greu de stabilit momentul de debut al nevrozei, deoarece unele simptome pe care le considerăm în timp ca expresia unei nevroze monosimptomatice, în anumite perioade au caracter fiziologic (ex: enurezisul, balbismul, etc.).

Este necesar să ţinem cont de faptul că dezvoltarea personalităţii copilului este neterminată. Deoarece nu ştim cum se va dezvolta în viitor, nu putem stabili nici perspectiva nevrozei decât cu mare probabilitate, prin raportare la mediu. Nu o putem considera caracteristică pentru o anumită simptomatologie nevrotică.

La copil, spre deosebire de adult, tulburarea nevrotică nu constituie izvorul primar al suferinţei. Apare rar sentimentul de invaliditate pe care îl trăiesc adulţii în raporturile lor sociale, determinat mai ales de scăderea randamentului.

Simptomele nevrotice la copil sunt mai puţin închegate într-o structură unitară complexă ca la adult. La copil nevrozele evoluează mai sărac, adesea monosimptomatic.

Cauzele nevrozelor la copil: există trei categorii de cauze (Ghiran, 1991):

a) Declanşante: conflictul
b) Favorizante: ţin de condiţiile mediului în care trăieşte copilul. Aceste condiţii, prin insuficienţa lor, cauzează o anumită epuizare a sistemului nervos central, creând condiţiile pentru posibilitatea decompensării nevrotice a copilului.
c) Predispozante: ţin de constituţie (sensibilitate exagerată, tip slab de sistem nervos, copii timizi, care se rănesc sufleteşte foarte uşor sau copii cu leziuni encefalopatice, etc.).

Noţiunea de conflict cuprinde toate situaţiile care presupun o tensiune psihică negativă determinată de concomitenţa a cel puţin două motive de mare semnificaţie subiectivă pentru individ, care depăşesc capacitatea de adaptare a copilului şi îl pun în imposibilitatea de a se elibera de această tensiune. Conflictul (tensiunea) durează o perioadă scurtă şi este de intensitate mică sau medie.

Vârsta determină semnificaţia mai mare a unora sau altora dintre conflicte pentru dereglarea activităţii psihice a copilului. Fiecare vârstă îşi are conflictele caracteristice. Nu toate conflictele duc la nevroze. Există mecanisme de compensare. Eşuarea lor duce la nevroză. Cele mai frecvente mecanisme de compensare la copiii şcolari se localizează fie la nivelul fanteziei (caută soluţii în fantezia lor), fie în planul realului (dau vina asupra altuia sau fug din situaţie).

Situaţii conflictuale se pot dezvolta la copil încă din primele zile de viaţă extrauterină. Mecanismul de instalare a nevrozei infantile poate fi reprezentat astfel ca în fig. 1.

Putem vorbi despre nevroză numai atunci când dezvoltarea personalităţii copilului a atins un aşa nivel, încât este capabil să reacţioneze nu numai la tensiunea conflictuală, dar şi să trăiască subiectiv această tensiune, să o interiorizeze şi să-şi elaboreze mecanisme de apărare împotriva ei. Aceste lucruri sunt posibile abia după 7 ani.

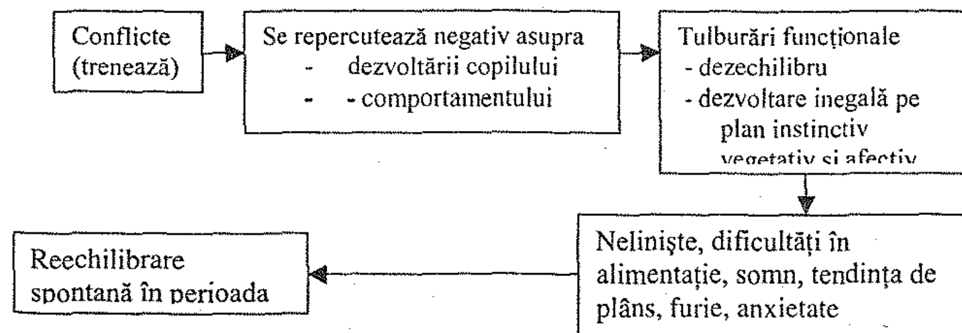


Fig. 1: Mecanismul de instalare a nevrozei infantile (după Ghiran, 1991)

Nevroza apare când mecanismele de apărare au eşuat.

La copil putem vorbi despre trei forme ale nevrozei: deregiăriie regimului de viaţă, deprinderile nevrotice şi nevrozele propriu-zise.

1. Dereglările regimului de viaţă

Survin în domeniul activităţii instinctive, sub influenţa conflictelor şi a condiţiilor de viaţă nesatisfăcătoare. Aceste dereglări sunt:

1. Anorexia - lipsa poftei de mâncare.

a) Simplă - pierderea poftei de mâncare fără o cauză digestivă; este o consecinţă a dereglării activităţii secretorii digestive sub influenţa stării de tensiune negativă; apare ca expresie a unei stări tensionale subiacente.

b) Mentală - pe fondul subnutriţiei cronice tulburarea psihică iniţială se accentuează: pacientul devine apatic, depresiv (idei de inutilitate), umil şi pierde controlul conştient asupra stării sale, fapt ce complică posibilitatea de redresare a funcţiei alimentare. Are la baza o stare de conflictualitate, mai ales cu părinţii. Merge la 25% mortalitate. Copilul îşi controlează tot mai bine motivaţia de foame. Este mai frecventă la fete în perioada pubertăţii (11-15 ani). Se deformează imaginea corporală. Îşi produc manevre prin care îşi controlează alimentaţia (diaree, vărsături, aruncă mâncarea). De multe ori viaţa endocrină nu se mai reface, apar tulburări trofice la nivelul pielii şi scade secreţia digestivă. Apare pervertirea instinctului alimentar. Cea mai mare tulburare este în percepţia propriei imagini corporale. Au şi comportamente de tip depresiv.

2. Bulimia - exagerarea poftei de mâncare. Uneori vine după o stare de anorexie mentală, în faze mai grave de trecere a anorexiei mentale. Rar apar dereglări hipotalamice.

3. Constipaţia

4. Diareea

5. Vărsăturile

2. Deprinderile nevrotice

Uneori tensiunea conflictuală duce la găsirea unor îndeletniciri cu ajutorul cărora copilul se degajează de tensiune. Sunt mai bine inserate şi prind contur asupra personalităţii.

1. Dureroase - caută prin deprinderi să-şi producă dureri, pentru rezolvarea unor conflicte. Caută astfel să scape de tensiunea produsă de starea de conflict (tensiune subiacentă produsă de situaţiile normale de viaţă). Ex: omicofagia, scobitul în nas, muşcarea buzelor, smulgerea părului, frecarea unor leziuni cutanate până la leziune.

2. De plăcere - căutarea plăcerii, care vine să reechilibreze starea tensională.
Ex: sugerea degetului, onanie, etc.

3. Nevrozele propriu-zise se manifestă diferit în funcţie de vârsta copilului.

A. La preşcolari vorbim despre aşa-numitele stări prenevrotice. Aceste manifestări au un caracter paroxistic, constituind dezechilibre psihice de scurtă durată. Deşi există un anumit tip de organizare, ele nu pot fi denumite nevroze. Se corectează uşor şi nu necesită tratament medicamentos. Ele îmbracă următoarele forme:
- spasmul hohotului de plâns – între 3 şi 6 ani,
- crizele de furie – în perioada de negativism primar (2-3 ani),
- manifestările anxioase – apar în special seara şi pot merge până la crize de panică şi pavor nocturn, starea de tensiune descărcându-se în vis,
- manifestările funcţional-isterice.

B. La şcolarul mic nevrozele îmbracă următoarele forme:

Ticurile sunt mişcări sau vocalizări involuntare, bruşte, rapide, nonritmice şi stereotipe. Aceste mişcări apar în starea de veghe fără a exista un scop care să motiveze acţiunea. Sunt repetitive, localizate şi pot fi controlate prin concentrarea atenţiei. Ticul este experimentat de copil ca irezistibil, dar poate fi suprimat pentru intervale variabile de timp. Ticurile pot apărea fie în urma unor traume de natură psihologică, fie prin imitaţie, fie prin fixarea unor mecanisme de apărare. Ticurile pot fi de două tipuri: motorii şi vocale. La rândul lor, fiecare dintre acestea pot fi simple sau complexe. Ticuri motorii simple sunt clipitul, ridicatul din umeri sau grimasele faciale. Ticuri motorii complexe sunt gesturile faciale, comportamentele de curăţire, autolovirea, muşcarea, săritul, etc. Ticuri vocale simple sunt tuşitul, dresul vocii, murmuratul, etc. Ticuri vocale complexe sunt repetarea de cuvinte sau de expresii în afara contextului, utilizarea de cuvinte inacceptabile social, chiar obscene (coprolalia), repetarea ultimului sunet auzit (ecolalia), etc. (DSM-III-R). O formă particulară de tic întâlnită destul de frecvent la copii este tulburarea Gilles de la Tourette. Aceasta combină ticuri motorii simple cu unul sau mai multe ticuri vocale.

Enurezisul sau discontrolul urinar poate apărea la copiii de peste 2-3 ani, cu pierdere involuntară de urină. Când enureza se manifestă la un copil de vârstă şcolară, ea este o regresie pe scara achiziţiilor, generată de o situaţie conflictuală. Este o formă de apărare patologică, o modalitate prin care copilul încearcă inconştient să atragă atenţia anturajului asupra unei situaţii pe care n-o poate tolera. Atitudinea anturajului are darul de a întări simptomul. Astfel, pe

măsură ce toleranţa celor din jur scade, manifestările copilului câştigă în complexitate, apărând elemente astenice şi obsesiv-fobice ce se reflectă în personalitatea copilului (devine timid, nesigur, şi chiar fricos). Enurezisul poate fi diurn, nocturn sau mixt.

Encopreza, sau pierderea scaunului, este o perturbare a deprinderilor complexe. Poate să meargă în comun cu enureza sau separat. Fragilizează psihicul şi devine ca un handicap producător de ruşine.

Balbismul este o deteriorare în fluenţa vorbirii caracterizată prin repetări frecvente sau prelungiri de sunete sau silabe. Este o problemă mai ales dacă apare după o perioadă de dezvoltare normală a limbajului (3-4 ani). Copilul trăieşte dureros această disritmie, deoarece până la apariţia tulburării el îşi formase deja o relaţie cu lumea, relaţie pe care o vede acum clătinându-se.

Tulburările cardiace, respiratorii şi digestive sunt cauzate de tensiuni conflictuale proiectate pe aparatul cardio-vascular, respirator sau digestiv.

Cefaleea sau durerea de cap manifestată cronic este considerată un simptom al nevrozei infantile. Ea se rezolvă atunci când se descoperă starea de conflictualitate care a generat-o şi se soluţionează.

4. Tulburările anxioase ale copilăriei

Anxietatea este o stare afectivă vagă, difuză, de nelinişte, de apăsare, tensiune, îngrijorare şi teamă nemotivată, fără obiect, care este neconformantă din punct de vedere psihologic (Dicţionar de psihologie). Persoana în cauză trăieşte sentimente intense de insecuritate.

Tulburările anxioase ale copilăriei sunt o categorie ce include stările nevrotice în care anxietatea este elementul clinic predominant. Putem vorbi despre trei forme de manifestare la copil: anxietatea de separaţie, tulburea evitantă a copilăriei şi anxietatea excesivă (DSM-III-R). În primele două categorii anxietatea este centrată pe situaţii specifice. În cea de-a treia categorie anxietatea este generalizată la o varietate de situaţii.

Adiţional acestor trei forme specifice copilăriei, putem vorbi şi despre alte tulburări anxioase care apar şi la adulţi: fobia simplă, fobia socială, panica, tulburarea obsesiv-compulsivă şi tulburarea stresului posttraumatic.

1. Anxietatea de separaţie. Principalul simptom după care se recunoaşte această tulburare este anxietatea excesivă în legătură cu separarea de cei de care copilul este ataşat. Când survine separarea, copilul poate experimenta o anxietate mergând până la panică. Reacţia o depăşeşte pe cea aşteptată la nivelul de dezvoltare al copilului.

Copilul care suferă de anxietate de separare este incomodat când călătoreşte departe de casă sau de alte locuri familiare. El refuză să-şi viziteze

prietenii, să meargă în tabără sau la şcoală, să doarmă la un prieten. Poate fi incapabil să stea singur într-o cameră. Prezintă un comportament adeziv, strâns lipit de părinţi, urmărindu-i prin toată casa.

Pe lângă aceste simptome comportamentale, atunci când copilul anticipează o eventuală separare apar şi o serie de acuze somatice: dureri gastrice, cefalee, greaţă. La copiii mai mari şi la adolescenţi apar simptome cardiovasculare: palpitaţii, ameţeală, leşinuri.

Când sunt separaţi de persoanele de care sunt ataşaţi aceşti, copii sunt adesea cuprinşi de frici morbide, gândindu-se că atât ei, cât şi ceilalţi s-ar putea îmbolnăvi sau ar putea suferi un accident. Ei îşi exprimă teama de a nu fi pierduţi şi de a nu se mai întâlni niciodată cu persoanele respective. Copiii mici au preocupări mai puţin specifice, mai amorfe. Pe măsură ce copilul creşte, fricile se pot sistematiza în jurul unor pericole potenţiale identificabile.

Majoritatea copiilor mai mici acuză anxietate pervazivă în legătură cu pericolele unei anumite maladii sau în legătură cu moartea.

Când separarea este ameninţătoare sau iminentă apare anxietatea anticipatorie. Copiii mici suferă numai când separarea survine realmente.

Copiii cu această tulburare au adesea frici de animale, de monştri şi de situaţii care sunt percepute ca prezentând pericol pentru integritatea lor şi a familiei. Pot avea frici exagerate de hoţi, spărgători, răpitori de copii, de accidente de automobil sau de călătoria cu avionul, preocupări în legătură cu agonia şi moartea.

Ei au dificultăţi în a merge la culcare şi insistă ca cineva să stea cu ei până adorm. Îşi pot face drum spre patul părinţilor sau al unui frate, pot dormi lângă uşa de la dormitorul părinţilor sau pot avea coşmaruri al căror conţinut exprimă fricile morbide ale copilului.

Pot să nu experimenteze toate acestea, dar în schimb să fie cuprinşi de dor de casă şi de nostalgie, mergând până la disconfort sau chiar panică. Atunci când se află departe de casă, îşi doresc din tot sufletul să se întoarcă acasă şi sunt preocupaţi de fantezii de reunire.

Aceşti copii pot prezenta episoade recurente de retragere socială, apatie, tristeţe sau dificultate de concentrare în muncă sau în joc. Ocazional pot deveni violenţi faţă de o persoană care forţează separarea.

Pe lângă aceste simptome, pot apărea o serie de elemente asociate:
1. frica de întuneric - pot relata că văd ochi aţintiţi asupra lor în întuneric, că animale mitice îi privesc feroce, ori că nişte creaturi sângeroase se reped la ei;
2. dispoziţia depresivă - devine mai persistentă în decursul timpului, justificând diagnosticul adiţional de distimie sau de depresie majoră;
3. sunt pretenţioşi, intruzivi şi cu o necesitate de atenţie constantă;
4. se plâng că nimeni nu-i iubeşte şi nu are grijă de ei. Îşi doresc să fie morţi, în special dacă separarea este forţată;

4. alții sunt extrem de conștiincioși, supuși și dornici să placă;
5. când nu sunt făcute nici un fel de cereri de separare, copiii cu anxietate de separare nu au de regulă dificultăți interpersonale.

În formele sale severe, tulburarea poate fi foarte incapacitantă, copilul fiind incapabil să frecventeze școala și să funcționeze independent.

Această tulburare se dezvoltă după unele traumatisme din viață, de regulă o pierdere, moartea unei rude sau a unui animal iubit, o maladie a copilului sau a unei rude, ori o schimbare în ambianța copilului. Este mai frecventă în familiile strâns unite și afectuoase.

Într-un studiu realizat în 1987, Francis, Last & Strauss (S.Turner & colab., 1992) au investigat simptomele anxietății de separație pe un lot de 45 copii cu vârste cuprinse între 5 și 12 ani. Ei au constatat existența unor diferențe semnificative între copiii de 5-8 ani față de cei de 9-12 ani. Copiii mai mici prezintă o simptomatologie mai bogată, din care nu lipsesc coșmarurile din timpul nopții și distresul în urma separării.

2. Tulburarea evitantă a copilăriei. Această tulburare se manifestă printr-o timiditate excesivă la contactul cu persoane nefamiliare, care este de suficientă severitate pentru a interfera cu activitatea socială în relațiile cu egalii, pe o durată de cel puțin 6 luni. Această timiditate este cuplată cu dorința clară de implicare socială cu oameni familiari. Relațiile cu membrii familiei și cu alte persoane familiare sunt calde și satisfăcătoare.

Un copil cu această tulburare apare ca fiind retras social, jenat și timid când se află în compania unor persoane nefamiliare și va deveni anxios când i se face chiar și cea mai banală cerere de a interacționa cu străinii. Când anxietatea socială este severă, copilul poate deveni incoerent sau mut, chiar dacă aptitudinile sale comunicaționale nu sunt alterate.

Acești copii nu sunt agresivi, dar sunt lipsiți de încredere în ei. Tulburarea apare rar singură, fiind însoțită de regulă de o altă tulburare anxioasă, cum ar fi anxietatea excesivă.

Aceste probleme încep de regulă să se manifeste în primii ani de școală, în cadrul contextului de oportunități crescute de contact social. Cu timpul, la unii copii se ameliorează spontan, în timp ce alții experimentează o evoluție episodică sau cronică. În cazurile grave apare o deteriorare severă în activitatea socială.

3. Anxietatea excesivă. Copilul care suferă de anxietate excesivă tinde să fie extrem de sfios, se teme de evenimente viitoare, cum ar fi examinările, posibilitatea unei vătămări sau includerea în activitățile de grup ale egalilor. Se teme în legătură cu satisfacerea așteptărilor, cum ar fi punctualitatea,

respectarea dispozițiilor date, efectuarea unei activități de rutină. Este extrem de preocupat de comportamentul său anterior.

Copilul poate pierde mult timp interogându-se despre disconfortul sau pericolul unei varietăți de situații și necesită multă reasigurare. Poate fi extrem de anxios în legătură cu competența sa într-o serie de arii și în special în legătură cu ce vor crede alții despre performanța sa.

Tulburarea este însoțită de o serie de simptome pe plan somatic: nod în gât, durere gastrointestinală, cefalee, scurtarea respirației, greață, amețeală, dificultăți în adormire.

Copilul este în permanență nervos și tensionat.

Acest elev poate manifesta fobie socială, poate refuza să meargă la școală. El poate fi un copil extrem de zelos și conformist, care caută cu orice preț aprobarea. Are chiar tendințe perfecționiste. Este neliniștit pe plan motor și poate avea obiceiuri nervoase (își roade unghiile sau își smulge părul). Poate manifesta preocupări precoce sau poate refuza să se angajeze în activitățile corespunzătoare vârstei în care există cerințe de performanță.

Debutul se produce brusc sau gradual, cu exacerbări asociate cu stresul. Poate persista și în viața adultă ca tulburare anxioasă sau ca fobie socială.

Tulburarea apare mai frecvent la copiii care sunt unici la părinți sau sunt născuți primii și în grupurile socio-economice medii superioare, în familiile în care există preocupare în legătură cu performanța (Last, Strauss & Francis, 1987).

Avem de-a face cu anxietatea excesivă atunci când copilul manifestă cel puțin patru dintre următoarele comportamente:
- este îngrijorat în mod nerealist în legătură cu evenimentele viitoare;
- este preocupat exagerat în legătură cu un eveniment trecut;
- are preocupări nerealiste legate de propria sa competență;
- manifestă simptome somatice;
- este exagerat de conștiincios;
- are o nevoie excesivă de aprobare;
- este incapabil să se relaxeze.

4. Fobiile sunt tulburări psihice care se manifestă printr-o teamă persistentă, evitare, o stare intensă de anxietate. Copilul recunoaște faptul că teama este excesivă și nerezonabilă. Fobiile pot fi simple sau sociale. La copii, fobiile simple cele mai frecvente cuprind teama de animale și teama de proceduri medicale. Fobiile sociale cele mai frecvente la copii includ teama de a vorbi sau de a mânca în public.

Cercetările în domeniu au arătat (Aras, Chapin & Olivesu, 1972) că numărul fobiilor simple scade odată cu înaintarea copilului în vârstă (copilul se

teme mai puțin de creaturi imaginare, de întuneric, de animale), în timp ce numărul și complexitatea fobiilor sociale crește. De asemenea, s-a constatat faptul (Graziano & colab, 1979), că frecvența fobiilor este mai mare la fete decât la băieți (S.Turner, 1992).

*5. **Panica***, cu sau fără agorafobie, se diagnostichează la copii după aceleași criterii ca și la adulți. Panica fără agorafobie se caracterizează prin atacuri spontane de anxietate, cu multiple simptome fiziologice. Panica cu agorafobie cuprinde atacuri de panică însoțite de comportamentul de evitare a situațiilor care consideră că i-ar putea provoca atacuri de panică. Agorafobicul este acea persoană care evită anumite situații de teamă ca acestea să nu-i provoace un atac de panică.

6. Tulburarea obsesiv-compulsivă se caracterizează prin apariția unor gânduri și/sau ritualuri comportamentale obsesive și deranjante. Întreruperea acestor gânduri sau ritualuri provoacă o stare de stres dusă la extrem. Gândurile obsesive cele mai frecvente sunt cele legate de îndoială, moarte sau contaminare. Comportamentele obsesive cele mai des întâlnite cuprind spălarea, verificarea, atingerea, ritualuri de numărare. Această tulburare este extrem de rară la copil (aproximativ 2% din totalul tulburărilor psihice ale copilăriei).

7. Stresul posttraumatic este tulburarea anxioasă ce apare la copil pe fondul unei perioade de stres continuu și intens în urma unui eveniment traumatic (dezastru natural, abuz fizic, etc.). Tulburarea se manifestă prin retrăirea repetată a evenimentului traumatic, evitarea situațiilor asociate cu acest eveniment și simptome de excitație persistentă.

III.4. Dezvoltările prevalente de personalitate la copil

Dezvoltările prevalente de personalitate se deosebesc de reacțiile psihogene și de nevroze prin faptul că trauma psihică este cauzată de un factor particular, de un defect anatomic ce îi produce copilului rușine. Spre exemplu, îi este rușine că poartă ochelari. Acest defect îi fragilizează copilului viața psihică. Mecanismul patogenic este unul de prevalență în receptarea, prelucrarea și elaborarea răspunsului față de informația traumatizantă ce vine din exterior.

De regulă, copilul trăiește defectul ca pe un amestec de rușine, nervozitate și obsesie că va primi o nouă jignire.

Dezvoltările prevalente de personalitate apar mai frecvent la copiii căror personalitate se dezvoltă pe direcția astenic-senzitivă. Cea mai frecventă formă de manifestare este delirul senzitiv de relație (Kretschmer). Tabloul clinic se conturează în jurul unei tematici de tip paranoid: copilul are impresia că toată lumea îl urmărește, că cei din jur îi vor răul și are tendința de a căuta în permanență urmăritori. Acești copii au o slabă vitalitate, obosesc ușor, se simt mereu extenuați, par copii „adultizați". Randamentul bun nu-i satisface niciodată. Se exprimă cu dificultate când doresc să-și declare sentimentele sau găsesc momentele cele mai penibile pentru a face acest lucru. Sunt foarte minuțioși și au tendința de a observa atent tot ce se întâmplă în jurul lor. Sunt foarte vulnerabili în relațiile interpersonale și orice observație lasă urme adânci. Au tendința de a privi viața pe fond depresiv și compensează această stare printr-o extremă conștiinciozitate (ambiție, tenacitate, un sistem etic foarte complex).

CAPITOLUL IV Devierile comportamentale la copil

IV.1. Clasificarea tulburărilor de comportament

*Comportamentul copilului este oglinda dezvoltării lui psihice. Este reacția personalității lui în formare față de lumea din afara și față de propria lui persoană. Este expresia externă a nucleului personalității în formare.

Comportamentul este diferit în funcție de: vârstă, factori temperamentali, factori constituționali, factori sociali. El oscilează între anumite limite considerate normale pentru vârsta respectivă.

Tulburările de comportament reprezintă apariția unor manifestări de conduită care depășesc limita normalității la vârsta respectivă. Aceste abateri exprimă atitudinea structurată a copilului față de muncă, față de alte persoane, față de autoritatea educativă, față de lucruri și chiar față de propria persoană. Ele sunt numeroase în perioada copilăriei.

Datorită cadrului foarte larg de manifestare și a interferențelor posibile, tulburările de comportament se confundă adesea la această vârstă cu psihopatia sau cu delicvența juvenilă.

Tulburările de comportament pot constitui expresia mai multor tulburări psihice, având și anumite particularități în funcție de acestea. Cu alte cuvinte, ele pot apărea și sub alte forme decât de sine stătătoare. Astfel, se pot manifesta:
- numai ca un simptom în cadrul unei boli psihice de ordin psihotic sau a unei boli neuropsihice cu substrat lezional organic (encefalopatie, epilepsie, tumori, etc.);
- pot avea un caracter reactiv nevrotic - sub forma unor reacții de protest, demisie sau alte modalități de manifestare comportamentală care traduc prezența unor forme de apărare nevrotice;
- sub forma unor deprinderi negative de comportament, pe fondul unor condiții negative insuficiente și care, dacă durează mai multă vreme, pot duce la psihopatie;
- sub forma unui sindrom în cadrul anomaliilor de personalitate, în acest caz, copilul șochează prin tendința de organizare dizarmonică a personalității. Aceste forme sunt foarte rezistente la tratament, constituind de obicei sursa psihopatiei adultului.

Cauzele apariției unei tulburări de comportament la copil sunt multiple. Rolul factorilor genetici nu este încă prea clar precizat, pe această temă cercetătorii purtând în continuare lungi dezbateri (DiLalla & Gottesman, 1991). S-a constatat însă că majoritatea copiilor, care manifestă de timpuriu tulburări

comportamentale, s-au manifestat chiar la scurt timp după naștere ca ușor iritabili, fără un program regulat și nu răspundeau adecvat la confort (S.Turner, 1992).

*O altă cauză ar putea fi educația necorespunzătoare a copilului respectiv, o educație caracterizată prin inconsecvență, libertate exagerată sau o educație prea autoritară, inflexibilă, neunitară sau contradictorie. Această situație este mai frecventă în familiile fără experiență, cu stres marital prelungit, cu dezacorduri evidente între părinți. Andrei Cosmovici (1998) vorbește despre două axe ale atitudinii parentale față de copil (v. fig. 2):

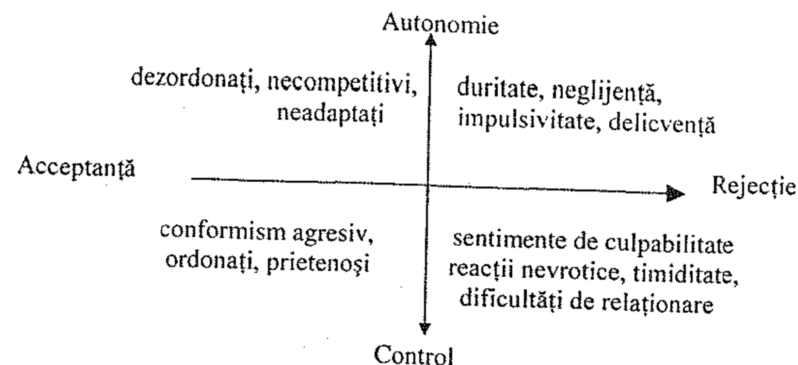


Fig. 2: Atitudinea parentală față de copil (după A.Cosmovici, 1998)

a) atitudinile pozitive de acceptanță și căldură ale părinților față de copil versus atitudinea de rejecție, camuflată sau nu, ce se manifestă prin ostilitate (autoritate brutală);

b) autonomia psihică acordată de părinți (până la a neglija orarul și activitățile copilului) versus forme de control (lejer, ferm, sever).

Autorul susține dependența comportamentului copilului de combinare a acestor două axe atitudinale.

O altă cauză a tulburărilor de comportament ale copiilor pot fi tulburările de personalitate ale educatorilor. Putem avea de-a face fie cu educatori cu labilitate emoțională, fie cu educatori prea rigizi.

O altă cauză o constituie condițiile de mediu extern defavorabile. Cel mai adesea, un astfel de copil trăiește într-un mediu insuficient sub raportul stimulării și al corecției pe care copilul trebuie să o primească prin experiența socială a altora, sau trăiește într-un mediu care-l solicită prin bogăția stimulilor peste posibilitățile lui de adaptare.

Aceste tulburări pot să apară la copiii cu un fond constituțional normal. Ele sunt în general trecătoare, dependente strict de condițiile de viață ale copilului. *

O analiză completă şi detaliată a cauzelor ce pot determina comportamentul deviant la copii este realizată de N. Mitrofan în lucrarea „Psihologie Judiciară" (N.Mitrofan, 1994). Autorul vorbeşte despre două categorii de factori ce stau la baza delicvenţei juvenile: a) factori interni, individuali şi b) factori externi, sociali.

În categoria factorilor individuali intră: a) disfuncţiile cerebrale (cercetările au demonstrat specificitatea traseelor EEG la delicvenţii minori), b) deficienţele intelectuale (s-a constatat existenţa unui număr mare de cazuri de delicvenţi minori cu un nivel intelectual scăzut, acest lucru împiedicându-i să anticipeze consecinţele faptelor comise), c) tulburări ale afectivităţii (insuficientă maturizare afectivă, care duce la lipsa obiectivităţii în evaluarea de sine), d) tulburări caracteriale (imaturizare caracterologică).

În categoria factorilor sociali intră: a) climatul educaţional familial (familii dezorganizate, atmosferă familială conflictuală, climat hiperautoritar sau climat hiperpermisiv), b) eşecurile privind integrarea şcolară (nivel scăzut atât al randamentului şcolar, cât şi al satisfacţiei resimţite de elev în legătură cu activitatea şcolară).

Numai 1/3 din totalul tulburărilor de comportament se transformă în psihopatie. În primii 15-16 ani de viaţă nu se pune diagnosticul de psihopatie, ci numai de tulburare de comportament. O tulburare de comportament care tinde să se organizeze într-o formă de psihopatie se manifestă printr-o dezadaptare şi o alterare a relaţiilor interpersonale cu lumea din jur şi printr-o atitudine disproporţionată, neadecvată faţă de situaţiile date, mergând de la neajunsuri în şcoală şi familie până la manifestări cu caracter antisocial sau delicvent, atunci când copiii contravin deja legilor prin comportamentul lor.

Evoluţia tulburărilor de comportament (frecvenţa, severitatea şi durata comportamentului agresiv şi antisocial) depinde foarte mult de momentul în care apar primele simptome. Copiii pot urma traiectorii diferite, spre tulburări de conduită, delicvenţă sau criminalitate. Unii îşi încep „cariera" timpuriu, de obicei în familie, iar alţii mai târziu, când încep să-şi facă prieteni în grupuri delicvente.

Copiii ale căror prime simptome apar timpuriu, manifestă de regulă patternuri comportamentale disfuncţionale încă din anii de grădiniţă. În primii ani de şcoală apar dificultăţi evidente de interacţionare cu învăţătorul şi cu colegii şi au în permanenţă tendinţa de a se angaja în acte antisociale.

Sunt 4 ipostaze care duc la tulburări de comportament - de aici 4 categorii de tulburări de comportament (Ghiran, 1991):

- Tulburări de comportament de tip criză bio-psiho-socială. Această categorie de tulburări comportamentale sunt numai expresia trecerii prin starea de criză. Ele sunt raportate la anumite etape critice de vârstă.

- Tulburări de comportament de tip carenţial, care sunt determinate de carenţe afective sau carenţe materiale. Carenţele, indiferent de natura lor, duc la insuficienţe care nu le satisfac copiilor în cauză nici trebuinţele elementare. Aceste insuficienţe duc la tulburări de comportament.
- Tulburări de comportament de tip sociopatic. În acest caz, comportamentul deviant îşi are originea într-un eveniment extrafamilial cu influenţe asupra individului.Tulburările de comportament pot apărea ca simple simptome în cadrul unor tulburări psihice mult mai complexe.

Dacă ne referim la fenomenologia clinică de manifestare (v. fig. 3), tulburările de comportament se împart în două categorii (Ghiran, 1991):

- Tulburări de comportament neepizodice. Acestea se înlănţuiesc, trec una din alta şi aproape că nu le poţi sesiza începutul. Ele nu au caracter de boală, ci pur şi simplu un rău duce la alt rău.
- Tulburări de comportament epizodice. Acestea se caracterizează printr-o evoluţie sinusoidală. Astfel, după o perioadă de echilibru, apar perioade de dezechilibru şi comportamentul se modifică.

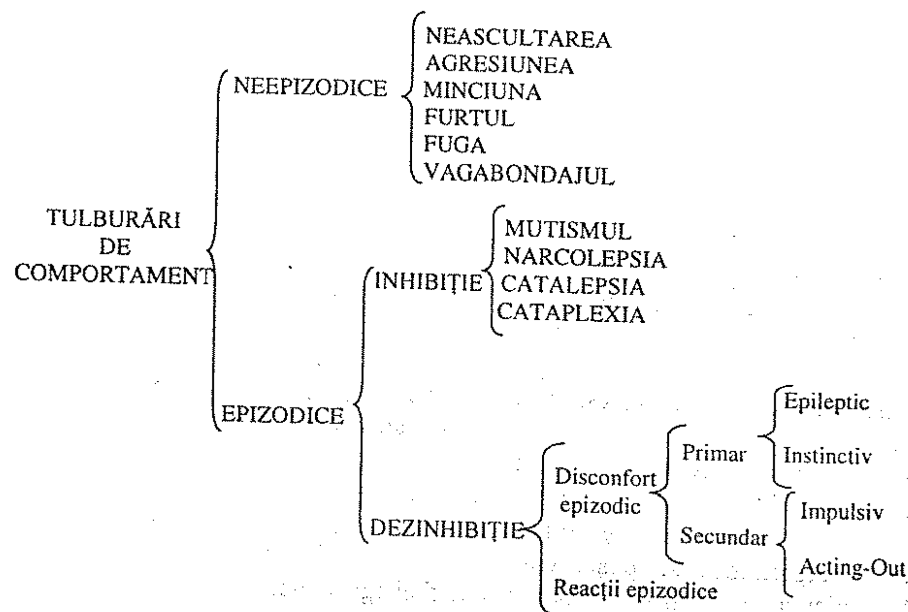


Fig. 3: Clasificarea tulburărilor de comportament în funcţie de fenomenologia clinică de manifestare (după Ghiran, 1991)

1. Tulburările de comportament neepizodice

În categoria tulburărilor de comportament neepizodice intră șase tipuri de comportamente deviante: neascultarea, agresiunea, minciuna, furtul și vagabondajul.

Neascultarea. Cea mai simplă definiție a neascultării este refuzul autorității, în primul rând familiale, care apoi se generalizează la nivelul altor forme de autoritate, în special sociale. Acest refuz al autorității generează conflicte permanente. Neascultarea apare în special la copiii cu o dezvoltare dizarmonică, cu leziuni ale sistemului nervos central sau la copiii retardați mintal.

Un rol important îl are climatul educațional. Neascultarea este mai frecventă la copiii educați într-un climat de nedreptate și lipsă de respect. Apare mai ales în familiile în care nu există un echilibru între dragoste și puniție, familiile cu restricții excesive, cu libertate excesivă și în familiile cu disensiuni în educația copilului.

De partea cealaltă, supunerea este reacția pozitivă a copilului la solicitările celor din jur și depinde de relația lui emoțională cu persoanele respective. Ascultarea depinde foarte mult de natura relației părinte-copil. Cu cât relațiile copilului cu părinții sunt de natură pozitivă, cu atât copilul va fi mai ascultător. Specialiștii consideră că orice puniție înainte de 4 ani crește tensiunea interioară și duce la neascultare.

Agresiunea este tendința spre comportamente încărcate de reacții brutale, distructive și de atacare. Putem vorbi despre două tipuri de agresiune: a) agresiunea care vine dintr-un sentiment de ură și este asociată cu acesta (în aceast caz trebuie să se țină seama de faptul că în spatele sentimentului de ură există o anumită stare de conflictualitate care generează tensiune psihică; astfel, pentru a reduce agresivitatea, trebuie rezolvat mai întâi conflictul care generează o astfel de reacție și, în acest fel, redusă tensiunea psihică); b) agresiunea care izvorăște din tendința pulsională a individului (în acest caz avem de a face cu un copil cu o structură dizarmonică, înclinat spre rău, care chiar simte bucurie atunci când face rău).

Agresiunea se poate datora și unor idei delirante sau anxietății. Nevroticii agresionează total, pentru a nu fi ei agresionați.

Minciuna este o reacție de afirmare neconformă cu adevărul. Ea poate fi o minciună intențională, un delict (copilul minte pentru a se răzbuna, pentru a denigra sau pentru a devaloriza pe cineva), sau poate fi expresia tendințelor de autoapărare. Copilul poate minți și din dorința de a atrage atenția sau pentru a imita atitudini similare ale adulților. Minciuna este asociată de obicei și cu alte tulburări de comportament, mai ales cu furtul. Este foarte important să

facem deosebirea între minciună și acele greșeli pe care copilul le face ca efect al nedezvoltării (ex: spune tata la toți care se apropie de el). De asemenea, minciuna trebuie izolată de tendința de transformare mitomanică, a cărei cauză este insuficienta discriminare între realitate și fantezie, și de cofabulație. Nu se poate spune despre un copil că minte înainte de 7 ani deoarece până la această vârstă nu este asimilat conceptul de minciună. O persoană care minte are conștiința adevărului și urmărește un scop sau un avantaj.

Furtul este un comportament deviant care se structurează foarte repede în deprinderi la copii. Aceștia încep de la mici furtișaguri, și pot merge până la furturi selective, furturi prin efracțiune, spargere, tâlhărie. Există situații în care copilul nu are noțiunea valorii morale a actului (copiii sub 5-6 ani). Putem spune despre un copil că fură abia atunci când suntem siguri că acesta poate deosebi lucrurile care îi aparțin lui de ale altora și are fixate normele etice elementare. Acest comportament poate fi generat de o multitudine de cauze. El poate fi un comportament învățat, acesta fiind cazul copiilor proveniți din familii ce se ocupă cu furtul. Copilul poate fura din dorința de a se impune celor din jur, de a-și asigura prestigiul, sau pur și simplu din dorința de posesiune. Este mai grav însă când cauzele furtului sunt de natură patologică. Astfel, furtul poate apărea ca simptom în tulburările isterice (furturi cu caracter impulsiv) sau pot fi cauzate de insuficiența psihică (copilul respectiv nu a achiziționat valorile morale). Un caz aparte este cel al fetiței aflate în perioada instalării ciclului menstrual. Cleptomania este tendința patologică de a fura fără ca persoana în cauză să urmărească un profit. Se caracterizează prin apariția bruscă și obsedantă a impulsului de a-și însuși un obiect, concomitent cu o stare de neliniște și de luptă împotriva acestei dorințe. Realizarea efectivă a furtului duce la o reacție de ușurare.

Fuga poate fi de două feluri: fuga de la școală și fuga cu caracter impulsiv.

a) Fuga de la școală. Școala, în general, trebuie să se constituie într-un context de satisfacție (întâlnire cu colegii, valorizare personală etc.). Atunci când nu se întâmplă acest lucru apare o gravă alterare a raporturilor sociale ale copilului. Există trei categorii de cauze ce pot determina fuga copilului de la școală. O parte dintre ele țin de copil: el nu face față cerințelor (fapt întâlnit în special la copiii cu intelect de limită școlarizați în școala de masă), are un defect ce ține de sănătatea somatică și este blamat de colegi sau nivelul pretențiilor față de rezultatele lui școlare depășește cu mult nivelul dotării intelectuale a copilului (în acest caz copilul trăiește un sentiment acut de insucces și caută alt mediu de valorizare personală, de regulă extrașcolar). Un caz aparte este atunci când ruperea totală de școală este un început de schizofrenie, refuzul școlii însemnând tocmai intrarea în boală. A doua categorie de cauze țin de școală: caracterul psihopat al pedagogilor, lipsa unei

atitudini pedagogice diferențiate față de copiii suferinzi psihic sau senzorial, sau atitudinea agresivă a colegilor (bătăi, etc.). A treia categorie de cauze țin de familie: devalorizarea conștientă a școlii din partea părinților, grija excesivă a părinților pentru copii (părinții au tendința de a crește exagerat dependența copiilor față de ei și, drept consecință, aceștia nu se pot adapta cerințelor școlare) sau transformarea școlii într-o sursă de anxietate (copilul este pedepsit aspru pentru cel mai mic insucces, etc.).

b) Fuga cu caracter impulsiv este un comportament repetitiv și vine pe neașteptate. Copilul simte un impuls și o chemare puternică de a se duce undeva. Elementul distinctiv îl constituie îngustarea stării de conștiință în momentul în care începe fuga. Această îngustare a stării de conștiință are o durată și o intensitate variabile. Copilul se trezește după câteva ore sau chiar zile. Această formă apare în special la epileptici, idioți, imbecili, psihopați impulsivi și isterici. Are același mecanism de descărcare ca al unei crize epileptice și copilul rămâne cu amnezie ulterioară.

Vagabondajul. Ambele forme de fugă pot continua cu vagabondaj. Vagabondajul este o atitudine deliberată față de mediul familial și față de muncă. Copilul are conștiința întregii sale conduite. Se caracterizează prin lipsa domiciliului (nu simte nevoia), neacceptarea privațiunilor, săvârșirea de acte antisociale. La școlarul mic vagabondajul poate apărea ca o reacție de răzbunare față de atitudinea sau pedeapsa nejustă, poate fi o atitudine deliberată cauzată de anumite stări de panică, frică, anxietate, pe motivul unor insuccese școlare (evitarea pedepsei) sau poate apărea la școlarii introvertiți, sensibili, care suportă cu greu micile privațiuni familiale.

2. Tulburările de comportament epizodice

Tulburările de comportament epizodice se caracterizează printr-o întrerupere bruscă a modului de viață. După o perioadă de echilibru apar perioade de dezechilibru.

Această categorie de tulburări se împarte în două subcategorii:

1. Tulburări caracterizate printr-o ***stare de inhibiție*** a comportamentului general. Acestea sunt: mutismul, narcolepsia, catalepsia și catatonia.

Mutismul apare datorită sistării vorbirii din orgoliu. Cu alte cuvinte, copilul se înfurie și nu mai comunică. El poate fi unul electiv (copilul nu comunică cu cineva anume), sau unul de tip isteric (după o criză, copilul nu mai comunică o perioadă lungă). Mecanismul de producere are la bază anxietatea.

Narcolepsia este procesul de intrare în inhibiție, brusc, în situațiile cele mai nepotrivite. Copilul simte nevoia subită și imperioasă de a dormi în timpul

zilei. Se poate instala somnul mergând pe stradă, în situații neobișnuite, în râs, etc.

Catalepsia (catatonia) - se manifestă printr-o stare de rigiditate și creșterea tonusului postural. Această hipertonie împiedică mersul, fața copilului ia formă de mască, fiind lipsită total de orice comunicare cu lumea. Catalepsia se poate asocia fie cu o stare de negativism (copilul execută invers comenzile), fie cu o stare de flexibilitate ceroasă (poate sta ore întregi în poziția în care îl pui), fie uneori cu o sugestibilitate foarte mare.

Cataplexia este tot o stare de inhibiție, dar se produce o pareză generalizată în toți mușchii striați (suspendarea totală a tonusului muscular și a mișcărilor voluntare, cu cădere). Copilul are senzația că pică în gol în stare trează și nu are nici un fel de control asupra mușchilor. Această tulburare apare brusc, copilul trăind un sentiment de anxietate pentru că nu poate face nimic.

2. Tulburări caracterizate printr-o ***stare de dezinhibiție*** a comportamentului general. În această categorie de tulburări prevalează patologic procesul de creștere a excitabilității și se clasifică după cum urmează:

a) Disconfortul epizodic, care poate avea caracter critic primar și secundar. Le vom analiza pe rând.

I) Disconfortul epizodic primar poate apărea sub două forme: epileptic și instinctiv.

Disconfortul epileptic se caracterizează prin faptul că și începutul și sfârșitul crizei sunt extrem de bruște, copilul pierde contactul cu realitatea, iar comportamentul ulterior este haotic. Descărcarea față de lumea înconjurătoare este neselectivă (copilul se descarcă pe obiecte, pe persoana apropiată). Starea afectivă este nediferențiată. Intenția este difuză, nu poate fi bănuită. Conștiința este îngustată și apar amnezii ulterioare. Terminarea acțiunii nu determină satisfacții.

Disconfortul instinctiv se caracterizează prin faptul că atât începutul cât și sfârșitul crizei sunt tot bruște, fără întârziere între momentul instalării impulsului și reacția afectivă. Copilul trăiește o stare afectivă nediferențiată. Spre deosebire de epilepsie însă, el își satisface nevoile primare și obiectul pe care se descarcă este cel căutat.

II) Disconfortul epizodic secundar are de asemenea două forme: impulsivă și de acting-out.

Forma impulsivă se caracterizează prin aspect critic, durată scurtă, început și sfârșit bruște, există o distanță de la impuls la răspuns, nu se îngustează conștiința, iar copilul în cauză acționează, deși își dă seama că nu face bine (acțiunea este antisocială).

Forma acting-out - sunt copiii care, în ciuda unui comportament supus, își schimbă comportamentul, devin agresivi încep să consume alcool. În general, sunt și ei șocați de ceea ce fac. Actul în sine nu are caracter haotic, ci este o acțiune obișnuită care apare la un om neobișnuit (acțiunea este o surpriză pentru toată lumea, inclusiv pentru autor).

b) Reacțiile epizodice: sunt de fapt tulburările de comportament ce apar ca simptome în celelalte tulburări psihice (nevroze, psihopatii, insuficiențe psihice, psihoze).

Manualul pentru diagnosticul și statistica tulburărilor mintale (DSM-III-R) prezintă sub denumirea de tulburări de comportament de tip disruptiv trei tulburări de comportament: tulburările de conduită, opoziționismul provocator și hiperactivitatea cu deficit de atenție.

IV.2. Tulburarea de conduită și opoziționismul provocator

Tulburarea de conduită se caracterizează prin încălcarea repetată a regulilor sociale importante și/sau a drepturilor de bază ale altor persoane. Majoritatea simptomelor acestei tulburări pot avea repercursiuni legale.

Opoziționismul provocator este un pattern comportamental caracterizat prin neascultare, negativism, provocare și opoziție față de autoritate.

Aceste tulburări sunt în esență de natură socială, ceea ce înseamnă că patternurile comportamentale ale acestor copii sunt diferite. Atunci când afirmăm despre un copil că suferă de una dintre aceste tulburări trebuie să ținem cont de rolul lui social, de comportamentele specifice care sunt așteptate de la el și de gradul în care el se adaptează la aceste cerințe.

Într-o cercetare recentă realizată pe un lot de 177 copii cu vârste cuprinse între 7 și 12 ani, aflați în tratament clinic ambulatoriu (Lahey & colab., 1990) s-a constatat că diagnosticul de tulburare de conduită al acestor copii corelează cu un anumit profil de personalitate al tatălui biologic (comportament antisocial, antecedente penale, suspendări de la școală, tulburare de personalitate de tip antisocial) și cu condamnări pe linie criminalistică ale rudelor biologice. Studiile de psihologia dezvoltării au arătat (Campbell & Ewing, 1990) că relațiile disfuncționale timpurii dintre părinți și copil duc la deficite ulterioare în reglarea afectivă și în formarea aptitudinilor cognitive și sociale. Aceste relații disfuncționale sunt predictori ai unei slabe adaptări școlare și sociale în clasele primare.

Spre o tulburare de conduită a adolescenței s-au identificat două trasee distincte: debutul timpuriu al comportamentelor problematice (care este cel mai bun predictor al severității și frecvenței.comportamentul agresiv și antisocial de mai târziu) și debutul acestor comportamente la o vârstă mai înaintată (Dumas, J., 1992).

Împreună, tulburarea de conduită și opoziționismul provocator au o rată a prevalenței în populație între 8% și 12%.

Avem de-a face cu o tulburare de conduită atunci când copilul manifestă cel puțin trei dintre următoarele comportamente: fură, lipsește de acasă peste noapte cel puțin de două ori pe săptămână, minte des, pune foc deliberat, chiulește des de la ore, intră în diferite locuri prin efracție, distruge proprietatea altora, se comportă crud cu animalele, forțează pe altcineva la activități sexuale, folosește arme în dispute, inițiază des dispute fizice, se comportă crud cu alții.

Avem de-a face cu opoziționism provocator dacă copilul manifestă cel puțin cinci dintre următoarele comportamente deviante: își pierde adesea cumpătul, se contrazice des cu adulții, este ușor de distras, adesea sfidează sau refuză cerințele adulților de a se conforma la reguli, face deliberat lucruri care enervează pe cei din jur, îi învinovățește pe alții pentru propriile lui greșeli, este ușor de enervat de către alții, adesea este furios și îi respinge pe cei din jur, este adesea răzbunător și are tendința de a face în ciudă, utilizează limbaj obscen și înjură.

De la tulburările de conduită la delicvența juvenilă nu este decât un pas.

IV.3. Hiperactivitatea cu deficit de atenție

Caracteristicile majore ale copiilor cu hiperactivitate cu deficit de atenție sunt (Barkley, 1991):

1. Susținerea slabă a atenției și persistența scăzută a efortului în sarcină, în special la copiii care sunt relativ dezinteresați și delăsători. Aceasta se vede frecvent la indivizii care se plictisesc rapid de sarcinile repetitive, trecând de la o activitate neterminată la alta, frecvent pierzându-și concentrarea în timpul sarcinii și greșind la sarcinile de rutină fără supraveghere.

2. Controlul impulsurilor înrăutățit sau întârzâierea satisfacției. Aceasta se manifestă în special în inabilitatea individului de a se opri și gândi înainte de a acționa, de a-și aștepta rândul când se joacă sau discută cu alții, de a lucra pentru recompense mai mari și pe termen mai lung decât de a opta pentru recompense mari dar imediate și de a-și inhiba comportamentul în funcție de cerințele situației.

3. Activitate excesivă, irelevantă pentru sarcină sau slab reglată de cererile situaţionale. Copiii hiperactivi se mişcă excesiv, realizând foarte multe mişcări suplimentare, inutile pentru executarea sarcinilor pe care le au.

4. Respectarea deficitară a regulilor. Copiii hiperactivi au frecvent dificultăţi în a urma regulile şi instrucţiunile, în special când nu sunt supravegheaţi. Aceasta nu se datorează unei slabe înţelegeri a limbajului, neascultării sau problemelor de memorie. Se pare că nici în cazul lor instruirea nu reglează comportamentul.

5. O varietate mai mare, decât normală, în timpul executării sarcinii. Nu este încă un consens în legătură cu includerea acestei caracteristici printre celelalte ale tulburării. Mult mai multe cercetări sugerează ca indivizii hiperactivi prezintă o foarte mare instabilitate în privinţa calităţii, acurateţei şi vitezei cu care îşi realizează sarcinile. Aceasta se oglindeşte în performanţele şcolare fluctuante, unde persoana nu reuşeşte să menţină un nivel de acurateţe în timpul unor sarcini repetitive, lungi, obositoare şi neinteresante.

O parte a acestor caracteristici pot fi prezente şi la persoanele normale, în special la copiii mici. Ceea ce distinge copiii cu hiperactivitate cu deficit de atenţie de indivizii normali este gradul şi frecvenţa mult mai mare cu care aceste caracteristici se manifestă.

Alte câteva caracteristici sunt asociate cu această tulburare:

1) Manifestarea timpurie a caracteristicilor majore. Mulţi copii hiperactivi au demonstrat aceste probleme încă din copilăria timpurie (3-4 ani), iar marea majoritate de la 7 ani.

2) Variaţia situaţională. Caracteristicile majore prezintă o variabilitate situaţională foarte mare. Astfel, performanţa este bună în activităţile de tip unu la unu cu alţii, în special atunci când se implică tatăl sau o altă autoritate. De asemenea, performanţele indivizilor hiperactivi sunt mai bune când activităţile pe care le fac sunt noi, cu un grad ridicat de interes sau implică consecinţe imediate ce îi afectează. Situaţiile de grup sau activităţile relativ repetitive, familiare şi neinteresante par să fie mai problematice pentru ei.

3) Evoluţia relativ cronică. Mulţi copii hiperactivi manifestă caracteristicile în timpul copilăriei şi adolescenţei. Principalele simptome se înrăutăţesc cu vârsta, majoritatea copiilor hiperactivi rămânând în urma celor de vârsta lor în abilitatea de a-şi susţine atenţia, de a-şi inhiba comportamentul şi de a-şi regla nivelul de activitate.

1. Prevalenţă şi evoluţie. Hiperactivitatea cu deficit de atenţie este o tulburare frecventă, ea instalându-se la 3-5% dintre copii. Rata sexului este de 3:1 (băieţi-fete) pe eşantioane comunitare şi 6/9:1 (băieţi-fete) pe eşantioane clinice.

Hiperactivitatea cu deficit de atenţie se întâlneşte în aproape toate ţările şi grupurile etnice. Este mai des întâlnită la indivizii cu precedent în tulburările de conduită, dificultăţi de învăţare, ticuri sau sindromul Tourette. Tulburarea debutează în 50% din cazuri înainte de 4 ani, dar de cele mai multe ori nu este recunoscută până la începerea şcolii.

Manifestările persistă întreaga copilărie. Mai târziu apar opoziţionismul provocator şi tulburările de conduită. La un adult se manifestă tulburări de personalitate de tip antisocial, o treime dintre copii prezentând semnele tulburării şi în perioada adultă.

Hiperactivitatea cu deficit de atenţie are o evoluţie defavorabilă, prezisă în special de coexistenţa tulburării de conduită, IQ scăzut şi tulburarea mentală severă la părinţi. Determină o deteriorare în activitatea socială şi şcolară, iar principala complicaţie este eşecul şcolar.

S-a estimat (Barkley, 1991) că între 15-50% dintre copiii hiperactivi prezintă cu timpul o scădere a simptomelor sau cel puţin ating un punct în viaţă când simptomele lor încetează a mai fi maladaptive.

Cei mai multi indivizi hiperactivi vor continua să prezinte simpomele şi în tinereţe. Literatura de specialitate a recunoscut abia cu câţiva ani în urmă faptul că adulţii pot prezenta aceste simptome şi că ele s-au manifestat din copilărie.

Între 35-60% dintre indivizii hiperactivi vor avea probleme cu agresivitatea, conduita şi cu violarea normelor legale şi sociale în timpul adolescenţei, iar aproximativ 25% au tendinţa de a avea comportamente antisociale ca adulţi.

Cea mai comună arie de inadaptare este în activitatea şcolară, unde indivizii hiperactivi au tendinţa să repete clasa, necesită educaţie specială, sunt suspendaţi pentru conduită inadecvată, sunt exmatriculaţi, etc.

Indivizii hiperactivi ating cel mai adesea un nivel educaţional inferior persoanelor normale de aceeaşi vârstă şi capacitate intelectuală.

Aproximativ 35% dintre copiii hiperactivi vor prezenta dificultăţi de învăţare (întârzieri pe planul aptitudinilor lexice, grafice şi matematice) în afara simptomelor specifice tulburării.

La majoritatea indivizilor care au simptome asociate hiperactivităţii cu deficit de atenţie (tulburări de conduită şi comportament antisocial) în adolescenţă s-a înregistrat abuz de substanţe, în special tutun şi alcool. La indivizii hiperactivi fără tulburări de conduită această tendinţă se încadrează în limitele populaţiei normale.

2. Etiologie

Hiperactivitatea cu deficit de atenție are atât o determinare genetică, cât și de mediu. Evoluția tulburării este afectată de relațiile interpersonale, de evenimentele de viață și de tratament. Tulburarea are o puternică bază neurologică și este asociată cu complicații prenatale sau din timpul nașterii mai mari decât normal, iar în unele cazuri apare ca un rezultat direct al unor boli sau traume la nivelul sistemului nervos central.

Factorii genetici. Studiile de psihopatologie în familiile cu cazuri de hiperactivitate cu deficit de atenție, studiile de adopție și studiile pe gemeni sugerează prezența unei contribuții genetice în etiologia acestei tulburări. Evidența primară este la tații copiilor hiperactivi, care prezintă o incidență crescută de alcoolism, sociopatie, și un istoric al copilăriei încărcat de dificultăți de învățare și de comportament (Cantwell, 1976; Wender, 1981; Satterfield & colab., 1974). Astfel, într-un studiu realizat în 1971, Mendelson & colab. au constatat că 25% dintre tații copiilor hiperactivi luați în studiu erau alcoolici și un procent similar au avut o copilărie încărcată de dificultăți de învățare. Într-un studiu similar realizat în 1980, Stewart & colab. au constatat că, din 37 copii hiperactivi, jumătate aveau o rudă de gradul I sau II ce prezenta fie o tulburare psihiatrică serioasă, fie dificultăți la locul de muncă sau cu impact medico-legal (Kestenbaum, C. & Williams, D., 1988).

În 1975, studiind incidența factorilor genetici asupra hiperactivității cu deficit de atenție, Cantwell a constatat că 50% dintre părinții copiilor hiperactivi luați în studiu îndeplineau criteriile clinice pentru diagnosticul unei tulburări psihice. Aceste tulburări erau mai ales alcoolism și sociopatie la tați și isterie la ambii părinți. În plus, 16% dintre tații copiilor hiperactivi suferiseră și ei de hiperactivitate cu deficit de atenție în copilărie. În 1973 Willerman a încercat să demonstreze, printr-un studiu pe perechi de gemeni monozigoți și dizigoți, că există o componentă genetică importantă care determină nivelele de activitate (Kestenbaum, C. & Williams, D., 1988).

Factorii de mediu. Capacitatea de a susține un nivel eficient de concentrare intelectuală și afectivă derivă, cel puțin în parte, din abilitatea părinților de a întări urmărirea unor scopuri cu sens. S-a constatat că acei copii ce provin din cămine haotice nu reușesc să-și dezvolte această capacitate. Atenția unui copil poate fi fragmentată de un mediu extrem perturbator sau de anxietate (în special legată de performanța la sarcinile școlare dificile). De asemenea, conflictele psihologice interne pot determina orientarea atenției spre interior și deci perturbări ale mecanismelor atenționale.

Descoperirile recente din domeniul neurochimiei și psihologiei cognitive încep să clarifice o parte dintre mecanismele ce stau la baza acestei tulburări, mecanisme care afectează procesarea informației și modulările

afectelor. Este posibil ca aceste metode să ducă în viitor la definirea unor noi dimensiuni ale diagnosticului acestei tulburări, care să permită clinicienilor diferențierea între posibilele tratamente educaționale și medicale.

Chiar dacă această idee nu este acceptată astăzi, cu mai mulți ani în urmă se considera că există o relație între hiperactivitate și dietă. Acestă teorie căpătase un grad destul de mare de credibilitate în urma unor relatări ale părinților, care descriau reacțiile comportamentale ale copiilor hiperactivi la anumite alimente. Cercetarea curentă însă nu a găsit existența nici unui suport științific pentru această teorie. Este însă important de notat faptul că există subgrupuri de copii hiperactivi care manifestă senzitivitate și alergii față de anumite medicamente (în particular față de coloranții alimentari) care pot crește simptomele de hiperactivitate, impulsivitate și menținerea slabă a atenției (Parker, 1988). Indivizii epileptici sau alții care trebuie să ia sedative sau medicamente anticonvulsive pot să dezvolte tulburarea, ca un efect secundar al medicației sau le pot exacerba simptomele preexistente.

Baza neurologică (Bender, 1993). Cele mai importante rezultate sunt cele aduse de cercetările efectuate asupra bazei neurologice a hiperactivității cu deficit de atenție. Contribuțiile recente ale cercetărilor bazate pe disecții la nivelul creierului (Ellenberg & Sperry, 1982) și ale psihologiei cognitive (Posner, 1988; Posner & colab., 1988) sugerează faptul că atenția nu este un construct unitar și că structurile corticale și subcorticale în conjuncție cu emisferele cerebrale specifice lucrează la unison pentru a procesa variatele componente ale sistemului atențional.

Evidența localizării lateralizate a funcției atenției vine de la diferite surse. Heilman & Van Den Abell (1980) raportează descreșteri în EEG a ritmului alpha la nivelul emisferei drepte, indicând faptul că emisfera dreaptă este dominantă pentru atenție. La adulții cu perturbări ale activității emisferei drepte s-au constatat: neglijență hemispațială (Vallar & Perani, 1986), vigilență și atenție scăzute (Mesulem, 1981) și impersistență motorie (Kertesz & colab., 1985). Voeller și Heilman au obținut rapoarte similare la copii.

În revista lor despre mecanismele neurologice ale hiperactivității cu deficit de atenție, Zametkin & Rappaport (1987) arată că datele existente sugerează faptul că în această tulburare sunt implicate regiuni neuroanatomice variate și mai mulți neurotransmițători. Și mai recent, Hydn, Hern & colab. (1991) au listat 18 ipoteze neuroanatomice implicând regiunea septală, sistemul reticulat, lobii frontali și localizarea hemisferică în hiperactivitatea cu deficit de atenție. Aceste rezultate disparate arată complexitatea substraturilor neurologice ale tulburării.

În ciuda faptului că studiile neurochimice au identificat numeroase anomalii, nu se cunosc nici neurotransmițători sau modulatori specifici, nici

substraturi neuroanatomice specifice pentru această tulburare (Zametkin & Rappaport, 1990).

Studiile farmacologice continuă să testeze răspunsurile la agenţii dopaminergici şi noradrenergici folosiţi separat sau în combinaţii. Însă cele mai valabile informaţii privind substraturile neuroanatomice ale hiperactivităţii cu deficit de atenţie s-au obţinut prin procedurile avansate ce prezintă imaginile creierului în funcţionare. Aceste proceduri sunt: tomografia computerizată (CT), tomografia computerizată cu emisia unui singur foton (SPECT) şi circulaţia cerebrală regională a sângelui (rCBF).

Studiile iniţiale utilizând CT nu au găsit anormalităţi în această tulburare (Shaywitz & colab., 1983). Dar aceste rezultate se pare că se datorează fie unor probleme metodologice privind selecţia subiecţilor, fie unor probleme de inadecvanţă tehnică a aparaturii utilizate. Investigaţiile mai recente au adus informaţii folositoare.

Lou & colab. (1984) au folosit CT pentru a obţine distribuţia cerebrală a unui element radioactiv. Primul lor studiu a scos în evidenţă, la copiii hiperactivi, metabolismul scăzut în nucleul caudal, o structură subcorticală asociată cu reglarea motorie. Mai mult, activitatea metabolismului creşte odată cu administrarea de methilphenidate. Într-un studiu ulterior, Lou & colab. (1989) au specificat datele obţinute anterior, arătând că formaţiunea care face legătura dintre proiecţiile subcorticale şi frontale este metabolic deficitară. Autorii au teoretizat că la copiii cu hipometabolism caudat-striat se observă răspunsuri inhibitorii diferite la stimulii din mediu, ducând la eliminarea atenţiei selective.

Aceste rezultate sunt în concordanţă cu cele ale lui Zametkin & colab. (1990), care au utilizat tomografia cu emisie de pozitroni (PET) pentru a studia metabolismul regional cerebral al glucozei într-un grup de adulţi cu hiperactivitate cu deficit de atenţie reziduală. Ei au scos în evidenţă reducerea metabolismului global şi regional cerebral la aceşti pacienţi. În ciuda fapului că 30 din 60 de regiuni cerebrale specifice erau semnificativ diferite, autorii au raportat faptul că cele mai importante zone afectate sunt regiunile premotorie şi prefrontală superioară.

Implicarea lobilor prefrontal şi frontal în atenţie este în concordanţă cu datele cunoscute de peste zece ani. Mattes (1980) afirmă că lobii frontali anterior şi medial până la cortexul motor prefrontal sunt disfuncţionali la copiii hiperactivi. Evidenţe comportamentale în concordanţă cu aceste concluzii au fost aduse de Dykman şi colab. (1971) şi de Gaultieri & Picks (1985). Un alt suport adiţional, deşi limitat, vine din partea cercetărilor lui Chelune & asoc. (1986) care, aplicând Wiscounsin Card Sort Test (WCST) la copii hiperactivi şi la un grup de control a constatat că pacienţii hiperactivi au rezultate slabe. WCST este un test ce măsoară conceptele învăţate şi capacitatea de memorare.

Acest test se consideră că reflectă integritatea lobului frontal (Hydn, Hern şi colab., 1991).

Deşi puţine la număr, studiile utilizând tomografia computerizată şi studiile post mortem scot în evidenţă diferenţele morfologice la subiecţii hiperactivi. În revista lor de studii neurologice, Hydn, Hern şi colab. (1991) concluzionează că deviaţiile în patternul normal al migraţiei neuronale din timpul celei de-a cincea şi a şaptea lună de gestaţie ar putea fi implicate în alterările tipice morfologice raportate la subiecţii hiperactivi (Bender, 1993).

Contextul psihologic este variabil. Mai întâi, instabilitatea poate face parte dintr-o stare reacţională la o situaţie traumatizantă. Cu cât copilul este mai mic, cu atât modul în care el exprimă o dificultate motorie sau o tensiune psihică trece mai uşor prin corp, determinând o tensiune reacţională. Copilul de 2-3 ani şi chiar mai mare prezintă o instabilitate naturală, obişnuită, manifestată prin atenţie labilă şi motricitate explozivă, legată adesea de multiplicarea experienţelor şi „descoperirilor". Anturajul însă nu acceptă cu uşurinţă această conduită şi nu o tolerează. În faţa atitudinilor intolerante ale mediului, copilul cu instabilitate motorie îşi poate exacerba simptomele şi manifestările, instalându-se o veritabilă instabilitate reacţională. Deci se pune problema gradului de toleranţă al anturajului, în special familial, faţă de simptomele psihomotorii.

Unii copii au însă o instabilitate cu semnificaţie patologică mai netă, prezentând conduite cvasiprovocatoare şi periculoase. Copilul se pune în situaţii primejdioase sau de reprimare, ca şi când ar face-o pentru a fi pedepsit sau pentru a se pedepsi el însuşi.

Alteori instabilitatea poate fi un răspuns la o angoasă permanentă, în particular atunci când predomină mecanismele mentale proiectiv-persecutive. De asemenea, poate fi un echivalent al apărării maniace faţă de angoasele depresive sau de abandon.

Sunt cazuri când instabilitatea psihomotorie este doar un element al unei organizări prepsihotice sau psihotice.

3. Criteriile de diagnostic.

Conform criteriilor stabilite de American Psychiatric Association în 1987 (DSM-III-R), un copil poate fi diagnosticat ca având hiperactivitate cu deficit de atenţie dacă prezintă cel puţin 8 din următoarele simptome înainte de vârsta de 7 ani şi pe o perioadă de cel puţin 6 luni:

1. Adesea dă din mâini sau din picioare sau se foieşte pe scaun (la adolescenţi poate fi limitat la sentimentul subiectiv de nelinişte).
2. Are dificultăţi în a rămâne aşezat atunci când i se cere să facă astfel.
3. Este uşor de distras de stimuli externi.
4. Are dificultăţi în a-şi aştepta rândul în jocuri sau în activităţi de grup.

5. Adesea trântește răspunsuri la întrebări înainte ca acestea să fie complet formulate.
6. Are dificultăți în a urma instrucțiunile date de alții (și nu datorită lipsei de înțelegere). De exemplu: eșuează în a termina o activitate de rutină.
7. Are dificultăți în a-și menține atenția concentrată asupra temelor sau activităților ludice.
8. Trece adesea de la o activitate neterminată la alta.
9. Are dificultăți în a sta liniștit.
10. Adesea vorbește excesiv de mult.
11. Adesea întrerupe sau îi deranjează pe ceilalți. Exemplu: se amestecă în jocurile altor copii.
12. Adesea pare a nu asculta ceea ce i se spune.
13. Pierde adesea lucrurile necesare pentru teme sau activități, acasă sau la școală. Exemplu: pierde creioane, cărți, teme, jucării.
14. Se angajează adesea în activități periculoase corporal, fără a lua în considerație consecințele posibile (nu cu scopul de a da emoții). Exemplu: aleargă pe stradă fără a fi atent.

4. Manifestarea hiperactivității cu deficit de atenție.

Elemementele esențiale ale acestei tulburări sunt gradele neadecvate din punct de vedere al dezvoltării, atenției, impulsivității și hiperactivității. Subiectul prezintă o tulburare în fiecare dintre aceste arii, dar în grade diferite (DSM-III-R).

Tulburarea se manifestă de regulă, în majoritatea situațiilor (casă, școală, situații sociale), în grade diferite. Unii pot prezenta semnele tulburării doar într-un anumit mediu.

Simptomele se înrăutățesc în situațiile ce necesită o atenție susținută (ex: audierea profesorului în clasă, efectuarea temelor, etc.). Semnele tulburării pot fi minime sau absente când persoana este stimulată frecvent sau se află sub control strict, ori se află într-un mediu nou sau într-o situație de „unu la unu".

În clasă, neatenția și impulsivitatea se manifestă prin insuficientă consecvență în îndeplinirea sarcinilor și dificultăți în organizarea și efectuarea corectă a activității.

Subiectul dă impresia că nu ascultă sau nu aude ceea ce i se spune, iar activitatea sa este dezordonată și efectuată neglijent și impulsiv. Impulsivitatea se manifestă prin răspunsuri precipitate la întrebări, înainte ca acestea să fie complet formulate, comentarii imprudente. Nu-și așteaptă rândul la sarcinile de grup, nu se concentrează înainte de a începe să răspundă la teme, întrerupe profesorul în timpul lecției, întrerupe sau vorbește cu alți colegi în timpul perioadelor de activitate în liniște. Hiperactivitatea se manifestă prin dificultăți

în a rămâne așezat, ridicatul excesiv în picioare, alergatul prin clasă, neastâmpăr, manipularea obiectelor, răsucitul și mersul în zig-zag.

Acasă, inatenția se manifestă prin faptul că nu răspunde la solicitări, nu urmează instrucțiunile celorlalți și trece frecvent de la o activitate neterminată la alta. Impulsivitatea se manifestă prin întreruperea sau deranjarea celorlalți membri ai familiei și printr-un comportament înclinat spre accidente (ex: apucarea unei tigăi încinse de pe plită). Hiperactivitatea se manifestă prin incapacitatea de a rămâne așezat, când este de așteptat să facă astfel, și prin activități excesiv de zgomotoase.

Cu egalii, inatenția se manifestă prin incapacitatea de a urma regulile unor jocuri structurate și incapacitatea de a asculta alți copii. Impulsivitatea se manifestă prin incapacitatea de a-și aștepta rândul la jocuri, deranj, apucarea obiectelor (fără intenții rău voitoare), angajarea în activități periculoase fără a lua în considerație consecințele posibile. Hiperactivitatea se manifestă prin vorbitul excesiv de mult și prin incapacitatea de a se juca liniștit și de a-și regla activitatea în conformitate cu cerințele jocului.

5. Elementele specifice vârstei.

Manifestarea clinică a hiperactivității cu deficit de atenție netratată se modifică odată cu vârsta. De vreme ce dezvoltarea atenției este strâns legată de atașament, există o relație strânsă între comportamentul cognitiv timpuriu al copilului și relațiile lui interpersonale. Copilul hiperactiv este încă din primele luni de viață un copil neobișnuit. El plânge mult, este iritabil și doarme mai puțin decât majoritatea copiilor. Nu reușește să se joace cu o singură jucărie sau să o exploreze. Distruge sau pierde până și cea mai plăcută jucărie.

La vârsta de 3 ani se observă de regulă clar hiperactivitatea, neatenția și imposibilitatea de a disciplina un astfel de copil. Tulburarea alterează interacțiunile părinte-copil. De obicei copilul este mult mai iritabil și neascultător față de mamă și, ca o consecință, mamele acestor copii sunt de regulă mult mai dominatoare și mai negativiste, fiind greu de interacționat cu ele. La preșcolari apar semnele hiperactivității motorii grosiere (ex: alergatul sau cățăratul excesiv), copilul este în continuă mișcare, iar inatenția și impulsivitatea se manifestă mai frecvent prin trecerea de la o activitate la alta.

La școlarul mic elementele predominante sunt neastâmpărul și neliniștea excesivă. Inatenția și impulsivitatea pot contribui la eșec în îndeplinirea sarcinilor și instrucțiunilor trasate sau la efectuarea neglijentă a activității repartizate. Copilul manifestă frecvent dificultăți de învățare. Unii par a avea probleme perceptive primare (cum ar fi tendința de a inversa literele sau numerele). Alții au dificultăți în învățarea cititului (dislexie), care de regulă sunt secundare impulsivității cu care ei realizează scanarea vizuală.

Dificultățile de învățare pot deriva însă și din slăbirea altor aspecte cognitive. Perturbările atenției pot slăbi discriminarea dintre stimulii relevanți și cei irelevanți și pot tulbura procesele de vigilență susținută sau de reflecție. Spre exemplu, secvențonarea corectă a informației sau discriminarea unui pattern sau concept relevant necesită adesea concentrarea susținută a atenției pe aspectele subtile ale unui stimul, obiect sau idee. Datorită faptului că e distrat, copilul impulsiv poate pierde secvențe sau patternuri. În mod similar, înțelesul abstract sau frazeologic al unui cuvânt, care este parțial definit de contextul în care apare, poate fi pierdut de copilul care procesează informația într-o manieră fragmentară (mai exact el procesează fragmente de informație ce se succed rapid).

În clasă, comportamentul copilului hiperactiv se caracterizează prin neastâmpăr, eșec în terminarea proiectelor, impulsivitate, slabă concentrare a atenției, subminare a autorității și distractilitate. Caietele lui sunt murdare și dezorganizate. Adesea își uită responsabilitățile, pierde caietele de teme și își neglijează sarcinile școlare.

În perioada gimnaziului, copiii cu hiperactivitate cu deficit de atenție sunt de regulă adânciți în conflict. Părinții sunt incapabili să-i mai stăpânească, profesorii nu reușesc să-i ajute să se adapteze la regulile clasei, colegii sunt deja plictisiți de comportamentul lor imatur și provocativ, într-o permanentă cerere de atenție. Vecinii se plâng în permanență că le distrug proprietatea și că le influențează negativ copiii. Până acum unii au fost deja greșit diagnosticați ca având tulburări de conduită sau dificultăți de învățare.

Pe măsură ce copilul devine conștient de dificultățile lui de învățare, de izolarea socială în care se adâncește, stima de sine scade treptat și devin tot mai pronunțate laturile depresivă și sociopatică ale personalității. Stima de sine scăzută este în parte reactivă, fiind reflectarea nereușitei în îndeplinirea sarcinilor, rejecției sociale, sentimentelor de izolare și incapacității de a susține relațiile de atașament. Incapacitatea lor de a-și susține atenția sau de a menține un interes prelungit pentru o activitate duce la sentimente de plictiseală și la o difuzie a identității. Dezorganizarea internă evoluează în paralel cu comportamentele simptomatice haotice. Acestor copii le lipsește angajamentul și direcția și nu reușesc să-și direcționeze eforturile în secvențe de reușită cu sens. Dezvoltarea continuității emoționale (realizarea legăturii interne dintre percepții și înțelegere pe de o parte, și sentimente, pe de altă parte) poate fi de asemenea dificilă pentru acești copii (Gardner, 1979).

Pentru mulți copii hiperactivi, pubertatea se constituie într-un punct crucial de tranziție în manifestarea tulburării. Schimbările hormonale par să mărească controlul cortical și să diminueze hiperactivitatea. Cazurile care nu înregistrează această diminuare în simptomatologie se manifestă în adolescență prin creșterea agresivității, dificultăți de învățare și un neastâmpăr emoțional și

comportamental. Adolescenții care urmează tratament psihoterapeutic își pot dezvolta mecanisme compensatorii care le permit să-și controleze comportamentul. Ceilalți persistă într-un comportament de continuă căutare de stimuli și de asumare a riscului. Studiile au arătat o incidență mai mare a abuzului de substanțe la adolescenții cu hiperactivitate cu deficit de atenție reziduală, posibil ca o metodă de a diminua neastâmpărul motor și anxietatea subiectivă. Adolescenții care au avut în copilărie hiperactivitate cu deficit de atenție asociată cu o tulburare de conduită au tendința de a adopta acum un comportament antisocial și criminal.

Pe parcursul dezvoltării, hiperactivitatea motorie se diminuează, atingând nivele de agitație controlabile, însă deficitul de atenție și impulsivitatea pot persista până la vârsta adultă. Aceste caracteristici pot lua forma abuzului de droguri sau alcool, asumării riscului, activităților explozive și antisociale. Atenția fragmentară poate duce la o judecată slabă, la obiective neatinse. Căsătoriile pot fi dezbinate, prieteniile pierdute, munca neproductivă. De regulă acești adulți sunt părinți inconsecvenți. Ei pot dezvolta tulburări de personalitate. Astfel, într-un studiu realizat în 1981, R.L.Gomez a constatat că există o incidență crescută a hiperactivității cu deficit de atenție în copilărie la pacienții internați cu psihoze sau tulburări caracteriale. În studii similare, alți cercetători au demonstrat că un număr substanțial de pacienți diagnosticați cu personalitate de tip borderline (Andrulonis, 1982) și atacuri de furie necontrolate (Elliott, 1982) au suferit în copilărie de hiperactivitate cu deficit de atenție. De asemenea, o treime dintre bărbații adulți alcoolici au sindrom hiperkinetic rezidual (Wood, 1983).

Elementele asociate variază în funcție de: vârstă, stimă de sine scăzută, labilitate afectivă, toleranță redusă la frustrare, accese de mânie, insucces școlar, simptome ale opoziționismului provocator, tulburări de conduită, tulburări de dezvoltare specifice, encomprezis funcțional, semne neurologice minore, nelocalizate, disfuncții perceptiv-motorii. Mulți copii cu tulburare Tourette au și hiperactivitate cu deficit de atenție.

6. Subtipurile clinice ale hiperactivității cu deficit de atenție

Studiile clinice diferențiază între mai multe subcategorii de copii cu hiperactivitate cu deficit de atenție (R.Hunt, 1988). Potențialele subtipuri clinice au fost identificate pe baza următoarelor criterii:
- cei care au un istoric familial ce cuprinde tulburări atenționale, tulburări comportamentale, alcoolism sau tulburări afective (Cantwell, 1976);
- cei care au un istoric medical ce cuprinde traume prenatale sau perinatale sau boli (Gillberg & Rasmussen, 1982);

- cei care au simptome fizice şi neurologice ce cuprind: anomalii fizice minore (Rappaport, 1974), simptome neurologice cum ar fi o întârziere a coordonării motorii fine (Schaefer, 1978);
- vârsta de debut;
- prezenţa simptomelor comportamentale cum sunt agresivitatea, tulburările de conduită (Satterfield, 1981) şi discontrolul exploziv (Elliott, 1982);
- cei cu dificultăţi cognitive cum ar fi tulburările specifice de învăţare (O'Brien, 1982);
- cei cu simptome afective, inclusiv depresia şi anxietatea de separaţie (Gordon & Oshman, 1981).

Alţi factori care pot afecta abordarea clinică a copiilor cu sindrom hiperkinetic şi răspunsul lor la medicamente sunt (R.Hunt, 1988):
- mediul familial şi cultural (Idol-Maestas, 1981);
- variabilele psihofiziologice cum sunt anomaliile în EEG (Satterfield, 1973) sau frecvenţa răspunsului electrocortical (Dykman, 1982).

7. Diagnosticul diferenţial

Conform cu DSM-III-R, diagnosticul diferenţial se face cu:

a) în mediile inadecvate, dezorganizate sau haotice, copiii pot avea dificultăţi în menţinerea atenţiei şi în comportamentul orientat spre scop. În acest caz este necesar să se determine dacă comportamentul dezorganizat este în primul rând o funcţie a ambiţiei haotice sau dacă se datorează hiperactivităţii cu deficit de atenţie.

b) cu retardarea mintală, în care pot apărea elemente ale hiperactivităţii cu deficit de atenţie. Se pune diagnosticul adiţional de hiperactivitate cu deficit de atenţie doar dacă simptomele sunt excesive pentru vârsta mintală a copilului.

c) cu tulburările de dezvoltare de tip pervaziv, caz în care diagnosticul de hiperactivitate cu deficit de atenţie este exclus.

d) cu tulburările afective, unde apare agitaţia psihomotorie şi dificultatea de concentrare. În aceste cazuri se ia în consideraţie diagnosticul de tulburare afectivă înainte de a pune diagnosticul de hiperactivitate cu deficit de atenţie.

e) cu tulburarea cu deficit de atenţie nediferenţiat, caz în care nu apare impulsivitatea şi hiperactivitatea.

Robert Hunt (1988) consideră că diagnosticele posibile adiţionale ce trebuie luate în consideraţie atunci când se pune diagnosticul de hiperactivitate cu deficit de atenţie sunt: tulburările de învăţare, tulburările afective, tulburările anxioase, tulburarea de personalitate antisocială, tulburările de conduită şi opoziţionismul provocator.

Tulburările de învăţare. O tulburare specifică de învăţare apare atunci când funcţionarea cognitivă este slăbită comparativ cu alte aptitudini intelectuale mai generale. Mulţi copii cu hiperactivitate cu deficit de atenţie pot avea tulburări lexice sau aritmetice specifice. Tulburările de învăţare pot reflecta slăbiri ale percepţiei, recunoaşterii corticale, integrării, secvenţierii, abstractizării şi memoriei (fixare şi recunoaştere). Toate aceste funcţii sunt legate de procesele atenţionale, dar nu se limitează la acestea. În unele cazuri, deficitul atenţional poate reflecta o perturbare în procesul de atribuire a înţelesului la stimuli. Poate fi vorba despre o perturbare a mecanismelor fiziologice care modulează excitarea şi aportul de stimuli externi.

Se poate face o importantă distincţie diagnostică şi terapeutică între copiii cu tulburări de învăţare sau perceptuale fără hiperactivitate şi cei cu hiperactivitate cu deficit de atenţie. Copiii cu tulburări de învăţare primare au mai multe dificultăţi în procesarea informaţiei (percepţie, orientare secvenţială, abstractizare, stocare în memorie sau reproducere), în integrarea motrică şi în producerea mişcărilor, dar sunt mai puţin impulsivi şi distraţi decât cei hiperactivi. Aceşti copii, de regulă, nu pot beneficia de pe urma medicaţiei şi au nevoie de educaţie specială.

Tulburarea de conduită. Copiii cu hiperactivitate cu deficit de atenţie prezintă un risc crescut pentru dezvoltarea unei tulburări de conduită. Impulsivitatea şi tendinţa lor spre acţiune împiedică adesea o bună judecată. Aptitudinile lor sociale slabe determină utilizarea lor pe post de „ţap ispăşitor" de către alţi copii care se comportă deviant. Însă variabilele familiale şi sociale influenţează puternic probabilitatea ca acei copiii hiperactivi să dezvolte o tulburare de conduită. Tulburarea de conduită poate fi uşor diferenţiată de hiperactivitatea cu deficit de atenţie pură şi este predictivă pentru comportamentul antisocial. Mulţi copii hiperactivi respectă drepturile şi proprietatea altora, sunt loiali în relaţiile interpersonale, îşi menţin prieteniile şi aderă la un sistem organizat de valori.

Tulburarea afectivă–depresivă, maniaco–depresivă. Depresia poate surveni ca un răspuns subiectiv la evenimente de viaţă stresante. Incidenţa depresiei la copiii cu hiperactivitate cu deficit de atenţie este între 30 şi 50 %.

În adolescenţa timpurie mulţi copii cu dificultăţi de învăţare şi comportamentale dezvoltă o stimă de sine scăzută şi simptome de depresie. De regulă, la această vârstă părinţii, profesorii şi mai ales colegii sunt mai puţin toleranţi cu dificultăţile persistente ale unui copil mai mare. Adolescentul însuşi trăieşte dorinţe potrivite cu vârsta lui, de a se integra în colectiv şi de a fi un adolescent normal, şi este posibil să se simtă profund descurajat de el însuşi. Incapacitatea lui de a-şi canaliza eforturile în secvenţe cu scop îi zădărniceşte

adesea învățarea și satisfacția, în ciuda aptitudinilor aparente și a expectațiilor înalte.

Este dificil de știut dacă depresia unui adolescent cu simptome persistente de hiperactivitate cu deficit de atenție este o consecință a hiperactivității cu deficit de atenție sau hiperactivitatea cu deficit de atenție este un precursor fenotipic al depresiei la mulți copii cu această predispoziție genetică. Într-un studiu realizat în 1984, Weissman a arătat că un procentaj ridicat dintre copiii de vârstă prepuberală ai pacienților adulți cu tulburări afective sunt hiperactivi, dar nu au simptome de depresie manifestă. Cercetările medicale susțin această idee, deoarece s-a constatat că pacienții hiperactivi răspund foarte bine la medicația antidepresivă și psihostimulantă. De aceea, sarcina clinicianului este de a evalua cu atenție dispoziția copiilor cu probleme comportamentale, cunoscut fiind faptul că tulburarea de conduită și hiperactivitatea pot fi fazele inițiale ale dezvoltării unei tulburări afective (Puig-Antich, 1982). În sprijinul acestei diferențieri poate veni o anamneză atentă a istoricului familial, cu referiri la simptomele de hiperactivitate, dificultăți de învățare și perturbare afectivă.

Relația între dispoziție și comportament a fost examinată (Madison, 1984) în trei grupuri diagnostice de copii (cu depresie, cu tulburare de conduită și cu hiperactivitate cu deficit de atenție), prin administrarea unui interviu psihiatric standardizat și cerându-le părinților, profesorilor și clinicienilor să aprecieze pe scări gradate dispoziția și comportamentul copiilor. S-a constatat că aproximativ 40% dintre copiii cu hiperactivitate cu deficit de atenție aveau simptome semnificative de depresie, iar 50% dintre ei aveau simptome de tulburare de conduită. O treime dintre copiii depresivi aveau hiperactivitate motorie. În alt studiu realizat în 1981 de Staton & Brumback s-a constatat că din 178 de copii evaluați psihiatric pentru probleme școlare, 44% prezentau hiperactivitate motrică, iar dintre aceștia 75% sufereau de depresie coexistentă (evidențiată prin tulburări ale somnului, acuze somatice, interes social și academic diminuat și autodepreciere).

Într-un studiu realizat pe 100 de copii cu tulburare de conduită, dintre care un număr important îndeplineau criteriile hiperactivității cu deficit de atenție, Puig-Antich (1982) a identificat prezența depresiei semnificative la o treime dintre aceștia. Când acest subgrup a fost tratat cu antidepresive, comportamentul lor antisocial s-a diminuat.

Pe plan clinic, depresia primară se caracterizează prin diminuarea intensității proceselor afective, inclusiv stimă de sine scăzută, scăderea interesului și implicării în activitate sau în evenimentele sociale, lipsa de speranță în legătură cu viitorul, alterarea episodică a energiei, a nivelului de activitate, a dispoziției, a somnului și a apetitului. Expresia facială nefericită a copilului sau dispoziția iritabilă pot fi evidente la interviul clinic. Este posibil ca neatenția să se manifeste mai mult prin îngrijorare și autopreocupare decât prin distragerea atenției. Când depresia apare timpuriu este mai puțin probabil să se caracterizeze prin hiperactivitate și neatenție severă.

Dezvoltarea de personalitate atipică a copilăriei. Acești copii sunt dificil de caracterizat datorită simptomelor lor ce se situează între hiperactivitatea cu deficit de atenție, schizofrenie și autism (McManus, 1984). Ei îndeplinesc criteriile hiperactivității cu deficit de atenție, dar la acestea se adaugă personalitatea schizoidă, afectele slabe sau nepotrivite, dificultatea discursului și inflecțiunilor, legăturile sociale slabe, impredictibilitatea comportamentului, preocuparea pentru detalii și rigiditatea personalității. Acești copii dezvoltă comportamente stereotipe sau devin mai dezorganizați la tratamentul cu medicație psihostimulantă.

8. Particularitățile școlare ale copiilor cu hiperactivitate cu deficit de atenție.

În prezent, relația exactă între dificultățile de învățare și hiperactivitatea cu deficit de atenție este neclară (Silver, 1990, citat de Bender & William, 1993). Problema majoră ce intervine în definirea relației dintre dificultățile de învățare și hiperactivitatea cu deficit de atenție o reprezintă criteriile inconsistente utilizate pentru diagnosticul celor două tipuri de tulburări. Fiecare se presupune că rezultă dintr-o tulburare neurologică. Într-o dificultate de învățare sunt afectate principalele procese psihologice implicate în învățare. În hiperactivitatea cu deficit de atenție trebuie să se manifeste cel puțin trei caracteristici: hiperactivitatea (deficite în controlul nivelului activității motorii), neatenția (deficite în concentrarea și susținerea atenției) și impulsivitatea (lipsa reflectării înainte de a acționa) (Shaywitz & Shaywitz, 1988, Silver, 1990, în Bender & William, 1993).

The Intergency Commite on Learning Disabilities (Shaywitz, 1987) afirmă faptul că numărul elevilor americani ale căror dificultăți de învățare sunt însoțite de hiperactivitate variază între 5% și 25%. În 1990 Silver estimează aceste procente ca fiind între 15% și 20%. De asemenea, un procentaj mare de copii hiperactivi sunt diagnosticați ca având și dificultăți de învățare. Dintre elevii diagnosticați ca hiperactivi, între 30% și 40% au nevoie de educație specială (Bender & William, 1993).

Un procent notabil de copii cu hiperactivitate cu deficit de atenție (23-30%) nu au performanțe școlare la nivelul vârstei și capacității lor intelectuale (Epstein, 1991, Frocl & Lahey, 1991, Shaywitz & Shaywitz, 1991). Se speculează că problemele legate de hiperactivitate, impulsivitate și atenție interacționează și astfel produc dificultăți școlare (Weiss & Hechman, 1986). Aceste dificultăți școlare ale copiilor cu hiperactivitate cu deficit de atenție

includ repetarea clasei (Barkley, 1988) și achiziționarea unui număr mult mai mic de cunoștințe, în ciuda potențialului intelectual (Coleman, 1992, Bender & William, 1993).

Educarea unui copil cu deficit de atenție (cu sau fără hiperactivitate) este o adevarată piatră de încercare pentru învățător (Parker, 1988). Copiii cu deficit de atenție fără hiperactivitate sunt incapabili să-și mențină atenția la sarcină, sunt dezorientați și adesea uită sarcinile și rutina clasei. Acești copii dau impresia că trăiesc în altă lume și pot să arate o atitudine pasivă în clasă.

Copiii cu hiperactivitate cu deficit de atenție au de asemenea dificultăți de organizare, menținere a atenției și uitare a procedurilor școlare însă, prin comportamentul lor impulsiv și hiperactiv, tulbură activitatea normală a întregii clase. Au tendința de a manifesta o „neatenție activă", determinând astfel întreruperea din activitate și a altor copii din jurul lor. Ei devin o figură proeminentă în clasă, însă în sens negativ. Au tendința de a vorbi excesiv, de a nu se adapta, de a nu asculta, de a reacționa excesiv la evenimentele clasei, sunt imaturi, nepregătiți, neatenți și, în cazurile cele mai serioase, pot fi descriși ca sălbatici, agresivi și cu tendința de a discredita autoritatea învățătorului (este posibil ca aceste cazuri extreme să fie diagnosticate adițional și cu tulburare de conduită). Acești copii prezintă un pattern al acestui comportament încă din grădiniță și, în lipsa tratamentului, comportamentul lor va fi astfel pentru mulți ani de școală.

Într-un studiu longitudinal realizat în 1988, Bodreault & colab. au demonstrat faptul că subiecții hiperactivi pervazivi, care se manifestă atât la școală, cât și acasă, prezintă semnificativ mai multe dificultăți în învățarea citirii decât copiii normali. De asemenea, alte studii (Parker, 1988) au arătat prezența unor întârzieri în învățarea scrierii la copiii hiperactivi.

IV.4. Modalități de abordare a copiilor cu devieri comportamentale

1. Controlul comportamentului deviant al copilului

Pentru a putea controla cu eficiență comportamentul copilului, părintele trebuie mai întâi să înțeleagă motivele acestui comportament. Fiecare copil s-a născut cu propria sa structură temperamentală, care se manifestă încă de timpuriu în comportamentul său. Unii sunt extrem de independenți și încăpățânați încă din primii ani de viață, în timp ce alții sunt de la început mai dependenți de părinți și se mulțumesc cu ceea ce primesc. Un copil cu un temperament dificil este mult mai posibil să reacționeze agresiv la frustrare și să opună mai multă rezistență la instrucțiunile părinților.

Un rol important în dezvoltarea relației părinte-copil îl are și personalitatea părintelui. Părinții care sunt inconsecvenți, nerăbdători, care au reacții exagerate, sau care cer prea mult de la copil, prin incapacitatea lor de a răspunde corect copilului, pot provoca comportamente deviante din partea acestuia. Același rezultat îl obțin și acei părinți care nu le acordă copiilor suficientă atenție, care sunt prea permisivi. Însă, cele mai comune cauze ale comportamentului agresiv al copilului sunt comportamentele agresive și coercitive ale părinților.

O altă cauză a comportamentului deviant la copil poate fi stresul marital. Acestea îi provoacă copilului anxietate și îngrijorare, sentimente care sunt exteriorizate prin comportament deviant.

În corectarea comportamentului copilului, părinții fac de regulă o serie de greșeli. Le voi prezenta în continuare pe cele mai comune dintre acestea (Parker, 1988).

Ei nu întăresc prin recompensă comportamentul pozitiv al copilului. Copiii răspund mult mai bine la recompensă decât la pedeapsă sau la dezinteres. De multe ori părinții consideră normal faptul că un copil se comportă bine, iar acest comportament nu este recompensat în nici un fel. Când un comportament pozitiv este urmat de o recompensă, chiar și numai o apreciere verbală pozitivă, un zâmbet, o îmbrățișare, acel comportament va fi întărit și posibilitatea ca el să fie repetat de către copil în viitor crește. Pe lângă aceasta, recompensarea comportamentelor pozitive întărește stima de sine a copilului, îl face să se simtă bine în propria piele și îi crește încrederea în sine.

Părinții pot evita, conștient sau inconștient, confruntarea pe loc cu comportamentul greșit al copilului. Ei se mulțumesc să-i repete la nesfârșit copilului să înceteze să se comporte astfel și să-i explice de nenumărate ori ce se va întâmpla dacă va continua cu comportamentul respectiv. În mod ideal părintele ar trebui să reacționeze după următoarea schemă: îi comandă copilului să se oprească, îl avertizează să se oprească, și îl pedepsește dacă comportamentul nu a încetat. Atunci când părintele neglijează să pedepsească un comportament greșit, copilul rămâne cu impresia că totuși poate continua să se comporte astfel. De obicei, părintele nu pedepsește un comportament negativ fie pentru că consideră că nu are timp, fie pentru că vrea să evite un conflict cu copilul. Dar trebuie menționat aici faptul că utilizarea exagerată a pedepsei poate duce la demoralizarea copilului, la deteriorarea relației părinte-copil sau la apariția unor resentimente ce pot provoca probleme psihologice mult mai grave.

O altă greșeală frecventă a părinților este aceea de a răspunde la comportamentul negativ prin întărirea lui neintenționată. Acest pattern de reîntărire este de forma: Nu, Nu, Nu, Da. Sunt genul de părinți inconsecvenți, care până la urmă cedează la argumentele copilului. Copilul trage în acest caz o

concluzie de tipul: Dacă insist mult, până la urmă mama va ceda. De cele mai multe ori părintele simte că își pierde puterile în fața cerinței constante a copilului. El ajunge la concluzia că nu se poate face nimic pentru a întrerupe comportamentul negativ al copilului și este mai ușor să cedeze decât să-l disciplineze.

O altă greșeală a părinților este inconsecvența în corectarea comportamentului negativ al copilului. Este vorba atât de inconsecvența unui părinte în legătură cu propriile sale decizii (nu se comportă la fel de fiecare dată când apare comportamentul negativ), cât și de inconsecvența dintre cei doi părinți, care tratează diferit comportamentul greșit al copilului sau se contrazic în privința măsurilor de corectare a acestuia. În cele din urmă, copilul va ajunge la o concluzie de tipul: Este în regulă să mă comport uneori așa.

Atunci când părinții nu se sprijină unul pe celălalt în privința strategiilor de disciplinare a copilului și se contrazic pe această temă, este mult mai ușor pentru copil să-i manipuleze pe amândoi. În astfel de situații copilul va deține prea multă putere în cadrul familiei. Relațiile din astfel de familii se vor structura în triunghiuri de tipul celui din fig. 4.

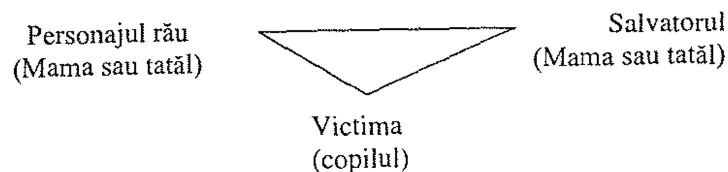


Fig. 4: Triunghiul relațiilor într-o familie cu structură disfuncțională (după Parker, 1991)

Aceste triunghiuri se dezvoltă de obicei atunci când unul dintre părinți consideră că celălalt este fie prea exigent, fie prea înțelegător cu copilul. În acest triunghi părintele care îl pedepsește mai mult este văzut de copil ca fiind personajul rău, iar cel care îl pedepsește mai puțin este văzut ca salvatorul său. Când unul dintre părinți pedepsește și celălalt salvează, efectul este zero. Copilul trece de partea părintelui salvator și se vede pe sine ca victimă a părintelui care l-a pedepsit.

Cea mai bună metodă de a face față comportamentului negativ al copilului este de a utiliza întărirea pozitivă. Comportamentele care sunt urmate de întărire pozitivă au mai multe șanse să se repete. Această întărire pozitivă poate fi de natură socială (un cuvânt de aprobare, o îmbrățișare, etc.) sau de natură fizică (un dar, un privilegiu, etc.). Când copilul este învățat un nou comportament, este ideal ca acest comportament să fie recompensat de fiecare dată când apare.

Întărirea pozitivă trebuie să fie însoțită de o comunicare asertivă. Psihologul american Harvey Parker descrie trei modalități prin care părinții comunică cu copiii lor (Parker, 1991): pasiv, agresiv și asertiv.

- Părinții care comunică pasiv au tendința de a pune nevoile și dorințele copilului deasupra propriilor sale nevoi. Ei sunt foarte ușor manipulați de copil și nu reușesc să se facă ascultați de acesta. Scopul lor este de a păstra liniștea în casă și în concluzie își ghidează întregul comportament în acest sens. Adesea acestor părinți le este teamă să se adreseze autoritar copilului, crezând că astfel vor pierde afecțiunea acestuia și vor intra în conflict cu el. Din aceleași motive, acești părinți nu formulează expectații clare față de copilul lor.

Dacă un părinte se recunoaște în cea mai mare parte dintre următoarele afirmații, atunci cu siguranță stilul său comunicațional este pasiv (adaptare după Parker, 1988): 1) consider că nevoile și dorințele fiului meu sunt mai importante decât propriile mele nevoi și dorințe, 2) fac tot ce pot pentru a aplana conflictele din familie deoarece pentru mine liniștea căminului meu primează, 3) dacă aș fi mai autoritar cu fiul meu, acesta m-ar iubi mai puțin, 4) mi se întâmplă să ascund de partenerul meu unele greșeli ale copilului, 5) adesea îmi dau seama că, deși a greșit, copilul meu a avut motive întemeiate pentru a se comporta așa, 6) în general nu-i spun foarte clar fiului meu la ce mă aștept de la el, 7) când copilul meu nu mă ascultă mă supăr sau încep să plâng, 8) după o discuție contradictorie cu copilul meu, mi se întâmplă să nu vorbesc cu el mai mult timp.

Exemplu de comunicare pasivă:
Mama: „Răzvan, este timpul să-ți scrii temele!"
Răzvan: „Mai lasă-mă puțin să se termine desenele animate!"
Mama: „Știi bine că la ora asta tu îți scrii temele. Dacă nu începi acum, nu vei avea timp."
Răzvan: „Dar azi e duminică. Te rog, încă zece minute!"
Mama: „Bine, dar după ce se termină desenele animate promiți că te apuci de lecții?"
Răzvan: „Da, mami."

- Părinții care comunică agresiv cu copilul lor sunt aceia care pun dorințele și nevoile lor înaintea nevoilor copilului. În încercarea lor disperată de a impune reguli în casă, calcă în picioare demnitatea copilului. Ei utilizează amenințări, pedepse, jigniri la adresa copilului. Aspectul esențial al acestui stil de comunicare este dominarea copilului prin putere. Un astfel de părinte nu ține niciodată cont de opinia copilului, cerându-i acestuia să facă lucrurile exact

aşa cum îi spune el. Scopul nedeclarat al părintelui este victoria, fapt ce are un efect extrem de negativ asupra stimei de sine a copilului.

Dacă un părinte îşi recunoaşte comportamentul în majoritatea afirmaţiilor următoare, atunci stilul său comunicaţional este unul agresiv (adaptare după Parker, 1988): 1) am tendinţa să ţip atunci când copilul meu se comportă neadecvat, 2) în general resping cererile copilului înainte de a le auzi în întregime, 3) am tendinţa de a-l jigni pe copilul meu atunci când nu se comportă adecvat, 4) consider că nevoile şi dorinţele mele sunt mai importante decât nevoile şi dorinţele copilului meu, 5) consider că bătaia este cea mai bună metodă pentru a-l face pe copilul meu să mă asculte.

Exemplu de comunicare agresivă:

Mama: „Răzvan, este timpul să te apuci de lecţii!"

Răzvan: „Te rog, mami, mai lasă-mă zece minute, până se termină desenele animate!"

Mama: „În permanenţă găseşti scuze ca să nu-ţi faci temele. Eşti leneş şi dezordonat şi fără simţul răspunderii. Te rog frumos în clipa asta să închizi televizorul şi să treci la lecţii. Ne-am înţeles?"

Răzvan: „Da, mami."

- Părinţii care comunică <u>asertiv</u> îşi exprimă ideile şi cerinţele faţă de copil în mod rezonabil, dar în acelaşi timp clar şi direct. Ei rămân pe poziţie, dar o fac fără a jigni sau a ţipa. Ei ţin cont de nevoile copilului şi îi ascultă cu atenţie cerinţele. Aceşti părinţi îşi încurajează copilul să gândească independent şi să se comporte adecvat. Ei îi explică întotdeauna copilului motivele pentru care trebuiesc respectate regulile şi îi dau acestuia şansa de a se exprima.

Dacă un părinte se recunoaşte în cea mai mare parte dintre următoarele afirmaţii, atunci cu siguranţă stilul său comunicaţional este unul asertiv (adaptare după Parker, 1988): 1) întotdeauna spun ceea ce gândesc în discuţiile cu fiul meu, 2) înainte de a-i spune copilului meu să facă ceva îl privesc în ochi, 3) când fiul meu îmi vorbeşte, îl ascult cu atenţie, 4) nu cedez niciodată când copilul încearcă să discute sau să modifice reguli stabilite de comun acord.

Exemplu de comunicare asertivă:

Mama: „Răzvan, este timpul să-ţi scrii temele!"

Răzvan: „Te rog, mami, mai lasă-mă zece minute, până se termină desenele animate!"

Mama: „Îmi pare rău, dar ştii bine că regulile trebuie respectate. Va trebui să renunţi la desenele animate de astăzi şi să-ţi scrii temele la ora la care ai promis."

Psihoterapeuţii comportamentalişti includ în demersul terapeutic programe speciale de „antrenare" a părinţilor care au copii cu tulburări comportamentale. În esenţă, aceste programe au ca scop modificarea manierei în care părinţii interacţionează cu copilul lor (J.Dumas, 1992). Astfel, părinţii sunt învăţaţi: a) să descrie comportamentul copilului (atât pozitiv cât şi negativ) în termeni observabili, b) să observe şi să înregistreze secvenţe comportamentale, c) să răspundă consecvent la comportamentele pe care le observă, d) să utilizeze tehnici specifice de recompensă şi pedeapsă, e) să utilizeze modalităţi adecvate de comunicare.

2. Adaptarea clasei la cerinţele unui copil cu devieri comportamentale

Pentru a face faţă unui copil cu tulburări de comportament, învăţătorul trebuie să-şi modifice întregul stil de lucru în clasă.

Astfel, dacă copilul manifestă impulsivitate, cel mai indicat este să se ignore comportamentele necorespunzătoare de importanţă minoră, să fie recompensat sau pedepsit imediat ce comportamentul s-a produs, să fie supravegheat în pauze. Este foarte important ca învăţătorul să evite criticarea copilului, în special în faţa clasei. Fiecare comportament pozitiv, indiferent dacă este de importanţă minoră, trebuie imediat evidenţiat şi subliniat.

Învăţătorul poate chiar încheia un contract comportamental cu copilul, câştigându-i astfel încrederea. Copilul trebuie instruit să-şi controleze propriul comportament. Astfel, i se spune că nu va fi numit să răspundă la lecţie decât dacă ridică mâna. Sub nici o formă nu se vor lua în consideraţie răspunsurile date dezordonat de acesta.

Dacă copilul are dificultăţi în menţinerea atenţiei în sarcină, este indicat să fie aşezat într-o zonă liniştită a clasei, departe de fereastră, lângă un coleg ce poate fi luat ca model. Este bine ca unui astfel de copil să i se acorde mai mult timp pentru realizarea sarcinilor. De regulă, sarcinile lungi se fragmentează în secvenţe mai scurte. Cerinţele faţă de acest copil pentru obţinerea unui calificativ mai bun trebuie să fie mai reduse, pentru a-i da sentimentul reuşitei. De asemenea, este indicat să i se dea teme mai scurte. Când vorbeşte cu un copil cu dificultăţi atenţionale, învăţătorul trebuie să-l privească în ochi. Un învăţător experimentat va stabili un semnal confidenţial cu copilul. Astfel, atunci când acesta iese din sarcină, învăţătorul poate să-l atenţioneze fără a-l pune în inferioritate în faţa colegilor.

Cei mai mulţi copii cu tulburări comportamentale sunt dezorganizaţi, împrăştiaţi. Este indicat să se utilizeze material vizual în predarea lecţiei. Copilul va fi ajutat să-şi organizeze activitatea. I se poate chiar impune să aibă o agendă în care să-şi noteze toate sarcinile şi temele pentru acasă. Un astfel de copil trebuie controlat regulat dacă şi-a făcut temele şi încurajat să-şi ţină

lucrurile în ordine. Este bine să i se dea sarcinile pe rând, pentru a evita confuzia. Învăţătorul îl poate ajuta să-şi stabilească scopuri pe termen scurt, pentru a savura mici succese ce au darul de a-i îmbunătăţi stima de sine.

De regulă aceşti copii au o dispoziţie proastă, fapt pentru care ei trebuie să fie în permanenţă încurajaţi. Este bine să fie lăudaţi pentru rezultatele obţinute şi pentru comportamentul pozitiv. Învăţătorul trebuie să-i vorbească cu calm, fără ameninţare, chiar dacă el manifestă nervozitate. Înainte de a-i face reproşuri, trebuie să ne asigurăm că a înţeles instrucţiunile. Sunt extrem de utile discuţiile individuale ale învăţătorului cu copilul şi consultările frecvente cu părinţii. Este bine să i se dea posibilitatea de a fi lider în clasă sau să-şi ajute un coleg la o materie la care are rezultate bune.

Pe planul socializării, este indicat să se evidenţieze comportamentul social pozitiv, iar copilul să fie încurajat să observe un coleg-model. Se evită, pe cât posibil, implicarea copilului în activităţi sociale cu grad competiţional ridicat, acestea putând provoca activare, dezorganizare şi frustrare. În schimb, se încurajează învăţarea în colaborare cu alţi colegi şi chiar se dau sarcini de acest tip. Un astfel de copil trebuie recompensat frecvent, pentru a-i creşte stima în clasă. I se dau chiar responsabilităţi sociale (spre exemplu este numit responsabil cu disciplina în clasă pe timpul pauzelor), pentru a fi privit într-o lumină pozitivă de către colegi.

Toate aceste măsuri au şi rolul de a susţine un demers psihoterapeutic atunci când copilul beneficiază de un astfel de serviciu. În acest caz, programul implementat în clasă se stabileşte împreună cu psihoterapeutul şi cu părinţii copilului.

Un rol extrem de important îl are relaţia care se stabileşte între părinţii unui copil cu comportament deviant şi învăţătorul acestuia. Printr-o bună colaborare, prin monitorizarea activă a comportamentului copilului, rezultatele nu vor întârzia să apară.

CAPITOLUL V: Endogeniile şi insuficienţele psihice la copil

V.1. Clasificarea endogeniilor la copil

Endogeniile la copil se clasifică în două mari categorii (Ghiran, 1991):

A. Psihozele endogene:
1. Depresia
2. Schizofrenia infantilă
   a. Schizofrenia sugarului (Bender)
   b. Autismul infantil tipic (descris de Kanner)
   c. Autismul atipic
   d. Sindromul lui Rett
   e. Demenţa Heller
   f. Schizofrenia simbiotică hiperkinetică (descrisă de Margaret Mahler)
   g. Forma perioadei de latenţă (6-12 ani)
   h. Schizofrenia infantilă (Bleuler) - între 7 şi 14-15 ani

B. Insuficienţele psihice (oligofreniile)

V.2. Psihozele endogene

V.2.1. Depresia în copilărie

Termenul de depresie este de curând introdus în psihopatologia copilului. Până acum treizeci de ani nici nu se pomenea de depresie la copii. Astfel, spre sfârşitul anilor '50 teoria psihanalitică, dominantă în acea perioadă, pleca de la ideea că depresia adultului îşi are izvorul în sentimentul de vină produs de instanţa superioară a personalităţii (superego). Copilul însă nu are un superego prea dezvoltat (deoarece această instanţă se formează spre adolescenţă), ceea ce înseamnă că el este incapabil să trăiască genul de tulburare depresivă specifică adulţilor.

În 1974, Cytryn & McKnew au demonstrat că la copil pot apărea o serie de probleme comportamentale care sunt „echivalentul" depresiei adultului. Autorii au denumit această formă depresie mascată şi includeau aici o gamă extrem de largă de simptome, de la anxietate la delicvenţă. Singura idee

promovată de ei care merită reținută este aceea că simptomele unei tulburări psihice la copil pot fi cu totul diferite de cele ale adultului.

În 1978 Lefkowitz & Burton au lansat ideea că o serie de simptome asemănătoare cu cele ale adultului pot apărea și în copilărie, însă ele pot fi fenomene ale dezvoltării normale ce se vor disipa în timp.

Abia în 1980, în DSM-III, Asociația Psihiatrilor Americani statuează atât ideea că este corect să se vorbească de depresie la vârsta copilăriei, dar chiar și ideea că simptomatologia este aproape identică cu cea a depresiei adultului. În ediția revizuită a aceluiași manual (DSM-III-R, 1987) este descrisă în detaliu depresia copilăriei.

Cea mai nouă orientare în domeniul psihopatologiei dezvoltării (Cantwell, 1990) privește depresia copilului ca pe un construct ipotetic legat de un grup de simptome observabile. Definiția operațională a acestui construct se determină pe cale empirică în funcție de vârstă. Unele dintre simptome pot fi aceleași cu cele ale adulților cu tulburări depresive, în timp ce altele pot fi specifice copilului de o anumită vârstă. Oricare dintre simptome, luat singur, poate fi considerat un fenomen normal de dezvoltare. Combinațiile variate sau frecvența simptomelor pot fi un indicator de psihopatologie la o anumită vârstă.

Un episod depresiv în copilărie are o durată în medie de 7 până la 9 luni și aproximativ două treimi dintre acești copii vor manifesta și alte episoade recurente în viața adultă (Kovacs, 1989). Frecvența tulburării în populație este 2-10% (S.Turner, 1992).

Un episod depresiv major la copil apare (DSM-III-R) atunci când acesta prezintă pe o perioadă de cel puțin două săptămâni o dispoziție depresivă, pierderea interesului pentru mediu și/sau iritabilitate. În plus, apar încă patru dintre următoarele simptome: scade în greutate, are tulburări de somn, agitație psihomotorie sau retardare pe plan psihomotor, oboseală, stimă de sine scăzută sau vină excesivă, probleme de concentrare și gânduri sau/și tentative de suicid. Copiii de vârstă prepuberală (9-12 ani) pot manifesta adițional preocupări somatice, halucinații auditive și/sau anxietate.

Cercetările au arătat că simptomele depresiei infantile diferă foarte mult în funcție de vârstă și sex. Astfel, copiii până la 10 ani manifestă în special tristețe, semne vegetative, retragere socială și acuze somatice (S.Turner, 1992). Băieții de vârstă școlară mică adaugă acestei simptomatologii discuții cu teme de suicid, iar fetele manifestă anxietate și idei de persecuție (Achenbach & Edelbrock, 1983).

În diagnosticarea depresiei la copil este foarte important să facem diferențierea între:

- un singur simptom al dispoziției depresive: dacă acesta apare izolat este considerat o reacție normală, de durată limitată, la o varietate de stimuli din mediu;

- sindrom, sau un cluster de simptome ce implică dispoziția depresivă;
- tulburare, care cuprinde sindromul însoțit de dificultăți sociale și educaționale.

V.2.2. Schizofrenia infantilă

1. Caracterizarea generală a schizofreniei infantile

Schizofrenia este o psihoză cronică, procesuală, caracterizată prin disocierea personalității (A.Romilă, 1997). Persoana pierde contactul cu realitatea, apar profunde tulburări ale gândirii și ale afectivității. Boala are o evoluție deteriorantă (Kraepelin).

Kurt Schneider împarte simptomele din schizofrenie în simptome de gradul I și simptome de gradul II. Dacă se întâlnesc ambele, stabilirea diagnosticului este ușoară. Numai cele de gradul II nu sunt suficiente pentru un diagnostic pozitiv.

Simptome de gradul I:

- sonorizarea (ecoul) gândirii - înseamnă ruperea de unitatea gândire - limbaj, cu o ascuțire a laturii fizice a fenomenului; persoana are impresia că este prizonierul unei gândiri sonore, deoarece își aude cu voce tare gândurile.
- dialogul vocilor – pentru el vocea reprezintă un străin pe care îl aude comentând propria activitate, care îi dă ordine contradictorii, i se adresează pe un ton imperativ și pare extrem de periculos. Vocile pe care le aude comentează propria activitate.
- sindromul Kandinski-Clerambault, constând în: pseudohalucinații (depersonalizare, derealizare, percepții delirante, dispoziție delirantă, intuiție delirantă, idei de relație) și idei de influență (mai ales influențe corporale, transmiterea gândurilor din exterior: senzații deosebite transmise din exterior, spre exemplu sunt convinși că emoțiile nu sunt ale lor, ci vin din exterior).

Simptome de gradul II: celelalte halucinații (optice, gustative, olfactive, cenestezice) și intuiții delirante.

Schizofrenia apare la 0.85-1% din populație. Îmbolnăvirea apare și înainte de adolescență, la copii, dar cu multe particularități care nu seamănă cu tabloul adultului.

Cauzele apariției schizofreniei sunt multiple:

- genetice: dispoziție specifică poligenică, frecvența bolii este mult mai mare la rudele schizofrenilor.
- infecțioasă: boala apare în catatoniile acute febrile.
- ipoteza organogenă (a schizofreniei latente - Bleuler) susține existența unei personalități premorbide schizoide.

- factorii de mediu: familia schizofrenicului nu este nucleară, este o familie ciudată în care fiecare are o independență și o neprecizare de rol ieșite din comun, familia prezintă un caracter schismatic și divergent al opiniilor, în casă este o atmosferă irațională, paranoidă, există preocupări incestuoase, izolare socioculturală, poate fi vorba despre un minus sexual între părinți (și în acest caz băiatul nu se identifică cu tatăl și fata cu mama) sau poate fi vorba despre o structură familială patologică, cu o mamă schizofrenigenă (rece sau extrem de posesivă, tiranică, care manevrează copilul, impunându-i, ca unei proprietăți, conduita în toate contextele sociale) și un tată pasiv și ineficient.

O schizofrenie tratată în primii trei ani are șanse mari de remisie. Este însă foarte cunoscut faptul că 75% din cazuri au debuturi mascate și latente, care se întind pe ani de zile. Se produce astfel un fenomen paradoxal: tot ce numim în copilărie nevroze, psihopatii, reacții, se pot dovedi ulterior debuturi de schizofrenie.

Semnele principale ale debutului de schizofrenie sunt (A.Romilă, 1997):

- tendința schizofrenicului de a se retrage de mai multe ori pe zi în camera lui. Se întinde pe pat cu ochii în tavan și în această visare își derulează conflictul, nerealizările sexuale, neînțelegerea cu familia care îl presează pentru realitate, comparația pe care o face continuu că poate el nu a fost născut așa.
- atipie: concluzia zilnică a familiei că are de-a face cu un indisciplinat, un încăpățânat ieșit din comun care s-a izolat și care, dacă trece peste o anumită limită ajunge la violență. Critică cu necruțare toate acțiunile familiei. Manifestă răceală și lipsă de interes pentru joc, relaxare, muncă. Face totul doar ca să fie făcut. Este atipia tablourilor neurastenice și a decompensărilor psihopatice, presărată cu momente emoționale deosebite care nu se petrec în public, ci în camera lui, unde poți să-l găsești plângând.
- disperă, acuzând că nu mai poate să se concentreze.

Termenul de schizofrenie a fost introdus pentru prima oara în patologia infantilă de către Potter în 1933. Majoritatea autorilor adoptă o atitudine prudentă, menținând în cadrul schizofreniei doar formele ce apar după vârsta de 10 ani. Se consideră că 1-5% din schizofreniile adultului debutează în copilărie. Prevalența bolii în copilărie este de 3-4 ‰.

La copil, spre deosebire de adult, din cauza insuficientei dezvoltări a funcțiilor psihice, a experienței de viață redusă, a insuficientei delimitări dintre imaginar și real, simptomatologia este mai slab conturată, mai săracă, mai ștearsă și, uneori, modificată de existența - mai ales la vârstele mici - unui sindrom defectual.

Formele clinice asemănătoare cu cele întâlnite la adult, existente și la vârsta puberală și la adolescență sunt: schizofrenia simplă, schizofrenia hebefrenică, schizofrenia catatonică, schizofrenia paranoidă, schizofrenia latentă, episodul schizofrenic acut, schizofrenia reziduală, forma schizoafectivă, forma neprecizată.

Există însă și forme clinice specific infantile descrise mai amănunțit în acest capitol.

Diagnosticul schizofreniei infantile (Ghiran,1991) cuprinde diagnosticul pozitiv și cel diferențial:

Diagnosticul pozitiv: dificil datorită varietății manifestărilor psihopatologice, absenței unor modificări paraclinice caracteristice și faptului că numeroase alte afecțiuni pot prezenta în cursul evoluției lor un aspect schizofreniform. Diagnosticul schizofreniei la copil și adolescent se sprijină pe datele clinico-evolutive, anamnestice și paraclinice (de excludere).

Diagnosticul diferențial se face cu:

- manifestările nepsihotice (nevroză, tulburări de comportament și personalitate, tulburări organice);
- episodul maniacal din psihoza maniaco-depresivă. Apar probleme de diagnostic diferențial în special cu forma hebefrenică a schizofreniei, iar episodul depresiv cu forma catatonică;
- tulburările de personalitate de tip schizoid, care apar la unii copii în perioada pubertății și adolescenței, ca urmare a amplificării sensibilității, susceptibilității și dificultăților de socializare. Acestea se diferențiază de schizofrenie prin caracterul lor temporar și prin absența alurii procesuale a bolii.
- psihozele organice (infecțioase, toxice, traumatice, tumorale etc.);
- formele severe de oligofrenie, surditatea și afazia congenitală crează probleme de diagnostic cu forma autistă a schizofreniei infantile.

2. Forme de schizofrenie infantilă

Schizofrenia sugarului (Bender) – apare la copil încă din primul an de viață pe linie ereditară. Se înregistrează un proces de dizarmonie în dezvoltare cu o nedezvoltare corespunzătoare pe plan motor (diferitele componente motorii se dezvoltă neregulat și inegal), care duce la retard. Pe planul dezvoltării cognitive în schimb apare o dezvoltare precoce (gângurit, cuvinte). Copilul manifestă anxietate constituțională, o anxietate pentru care nu are motive, devenind temător în raport cu mediul înconjurător și cu intrarea în câmpul lui de observație a persoanelor străine. Apar, de asemenea, tulburări neurovegetative de tip circulator, digestiv, termic, cu o mare instabilitate de la o zi la alta. Pe plan comportamental copilul este într-o stare de distonie neurovegetativă foarte accentuată, cu mișcări stereotipe, fără intenționalitate în raport cu lumea înconjurătoare. În ansamblu, avem de-a face cu o dezvoltare insuficientă și inegală.

Autismul infantil tipic (descris de Kanner) este o tulburare ce debutează înainte de 30 luni de viaţă. Boala apare brusc, după o perioadă de dezvoltare relativ normală. Semnul principal al tulburării este că pacientul se bucură atunci când este lăsat singur (tendinţă de solitarism, însingurare). Copilul manifestă dezinteres faţă de lume, nu se mai raportează la norme, nu sesizează mediul, îşi pierde capacitatea de comunicare. Dacă încerci să-l scoţi din această stare se irită şi face crize de furie. Limbajul îşi pierde modularitatea afectivă: apar aproximări, diminutive, bizarerii în conţinutul noţiunilor. Memoria este foarte bună pentru substantive, chiar noţiuni abstracte, însă totul este reţinut într-un mod mecanic, necontrolat afectiv. Copilul nu poate exprima acţiunile (verbul în general), mai ales acţiunile raportate la pronume (nu se poate exprima la persoana I). Are un limbaj de papagal (caracter detaşat al vocii, lipsită de modulaţii afective, ecolalică) - acest lucru se întâmplă pentru că el nu există ca o conştiinţă a eului, ca entitate. Are o permanentă preocupare pentru imuabil - nu-i place să schimbe nimic (îi plac situaţiile fixe, care nu solicită noi eforturi de adaptare). Rămâne legat de mamă. Este incapabil să anticipeze situaţii posibile, fapt care îi provoacă anxietate în prezenţa altor persoane şi îi alterează relaţia cu oamenii. Are în schimb relaţii cu obiectele, pe care le manevrează însă fără creativitate, cu stereotipie, şi mişcări repetitive. Fizionomia îi rămâne inteligentă, dar nu mai face achiziţii şi nu-l mai poţi învăţa nimic. Are un comportament general retras.

Autismul atipic - poate să apară şi după 30 de luni. Copilul în acest caz nu are tulburări de interacţiune socială cu mediul şi nici dificultăţi de comunicare. El nu are comportamentul restrictiv de retragere al autismului propriu-zis. Apare însă retardul psihic, însoţit de tulburări de limbaj, care ţin de lipsa dezvoltării, de pierderea capacităţii de recepţie.

Sindromul lui Rett - descris doar la fete şi debutează între 7-24 de luni, în urma unei dezvoltări normale. Se manifestă prin pierderea mişcărilor bine intenţionate (la nivelul mâinilor) şi a limbajului, însoţite de creşterea perimetrului cerebral (seamănă cu hidrocefaleea). Se stopează interesul pentru joc al copilului, dar rămâne interesul social (nu se pierde legătura cu familia). La nivel motor se înregistrează apraxie şi mişcări de rotaţie ale mâinilor şi corpului (mişcări coreoatetozice), care prin spasme duc la deformaţii (scolioze, etc.). Copilul are handicap psihic şi se pot înregistra crize epileptice.

Demenţa Heller este o psihoză organică degenerativă, progresivă. Evoluţia progresează rapid spre agravare, până la idioţie completă, pe fondul unei degenerescenţe neuronale cerebrale. Tulburarea debutează la 4-5 ani, iar copilul s-a dezvoltat bine până la această vârstă. Brusc, îşi pierde interesul

pentru jucării şi oameni, îşi pierde capacitatea de concentrare şi controlul sfincterian. Pe plan somatic totul merge foarte bine. Apar tulburări de vorbire (parafrazie, afazie amnestică, neologie, perseveraţie, ecolalie, sărăcirea treptată a vocabularului până la mutism complet), agitaţie psihomotorie, tulburări de comportament de tip disforic şi crize epileptiforme.

Schizofrenia simbiotică hiperkinetică (Margaret Mahler) - apare în perioada 30 luni - 6 ani, fiind caracteristică în special preşcolarilor. Caracteristicile principale sunt hiperkinezia şi imposibilitatea de a se diferenţia de mamă - este atât de simbiotic legat de mamă încât nu se poate desprinde. Tulburarea începe brusc, în plină stare de sănătate. În câteva săptămâni îşi pierde achiziţiile şi comunicarea, apoi totul se opreşte (demenţiere). Copilul manifestă crize de agitaţie psihomotorie ce apar pe un fond de instabilitate permanentă. Are tulburări de somn cu fenomene de pavor nocturn şi crize de plâns nemotivate cu manifestări de opoziţie zgomotoasă. Pe un fond de anxietate permanentă, se manifestă o sensibilitate exagerată la frustrări afective, nu suportă nici cea mai mică tendinţă de îndepărtare a mamei. Este logoreic (vorbeşte mult cu caracter stereotip). Apare tendinţa marcată de încorporare, transformare corporală.

Forma perioadei de latenţă (6-12 ani). Aceasta este o perioadă din dezvoltarea copilului caracterizată prin echilibru psihic şi o dezvoltare mai accentuată pe plan somatic. Tulburarea apare după o perioadă de acuze somatice de ani de zile în care se caută motivul suferinţei. Cu alte cuvinte, boala ia la început forma unei suferinţe organice, şi de aceea debutul nu poate fi stabilit cu precizie. Pe neobservate se produce o restrângere treptată a interesului faţă de mediu şi apariţia procesului de deficit, marcat de o serie de dificultăţi şcolare şi randament diminuat. Copilul devine tot mai dezinteresat de lume, este în permanenţă obosit şi preferă să alunece treptat spre inactivitate (până şi jocul devine o dificultate). Pe plan somatic se debilizează: scade în greutate, se topeşte masa musculară, devine stângaci, apar semne de hipogenitalism şi are o expresie hipomimică. Pare că are preocupări complexe, dar nu mai poate rezolva situaţii concrete (are înclinaţii spre o filosofie sterilă). Se înregistrează o reducere a capacităţii de contact, mai ales cu cei dragi, tendinţe de izolare, chiar autism. Comportamentul devine repetitiv, încărcat de stereotipie, dar şi de comportamente bizare, şocante. Pe plan comportamental pot apărea două evoluţii ale tulburării: fie spre eretism (în acest caz copilul este expansiv, agresiv, provoacă stricăciuni cu o luciditate impresionantă, intolerant la frustrări, stări de furie, fobii, mişcări şi comportamente imprevizibile, fără explicaţie, neglijent, trăieşte bucuria de a murdări obiectele, revoltă lumea înconjurătoare), fie pe linia restrictivă (negativism, inhibiţie, mutism, anorexie,

refuz școlar). Este foarte greu de stabilit contactul cu un astfel de copil, deoarece este într-o permanentă apărare, este ciudat în exprimare și nu acceptă contactul ochi în ochi. Privirea lui, deși pare atentă, are o notă de indiferență. Mimica este labilă, schimbătoare, adesea discordantă cu ceea ce vorbește, iar zâmbetul este rece, ciudat, permanent (nu poate fi disimulat).

Copilul manifestă un deficit psihologic discordant cu nivelul de instrucție. Funcțiile de cunoaștere sunt mai tare atinse decât în schizofrenia adultului:

- percepția este bună, dar apare hipoestezia senzorială, imaginația este alterată (fabulație patologică) și rareori apar halucinații.
- gândirea este unitară la început ca dinamică, dar între timp începe procesul de disociere. Este o gândire abstractă, cu elemente obsesiv-fobice, ruminații, idei delirante și prevalente (îl împing la activități neobișnuite).
- pe planul limbajului se manifestă tulburări de vorbire (mutism, paralogii sau recădere la un nivel inferior de achiziții).
- pe plan afectiv: distanțare față de valorile pozitive, iritabil, morocănos, treptat apare indiferentismul și dezinteresul pentru lumea înconjurătoare, stări disforice nemotivate (plâns).
- activitatea: hipokinetică, hipobulică, diminuare a activității. Pe acest fond apar stări de furie. Tinde spre perseverații, ritualuri, stereotipii. Copilul își pierde capacitatea de inițiativă (se supune la conveniențele din jur, se manifestă ca un automat).
- personalitatea evoluează cronic spre destrămare: tendință de autism, dedublare, treptat pierderea contactului cu mediul.

Schizofrenia infantilă (Bleuler) - începe între 7 și 14-15 ani. Se produce o disociere între funcții, dar și în cadrul fiecărei funcții. Se caracterizează prin ambivalență (copilul nu are siguranță în ceea ce spune și face). Elementul dominant este delirul de încorporare și delirul de relație (apare o relaționare particulară cu lumea).

Funcțiile psihice alterate sunt percepția, gândirea, activitatea, afectivitatea și personalitatea. Se pierde conștiința autopsihică (nu are conștiința bolii).

- percepția: disfuncție senzorială (pierdere a integrării între câmpurile senzoriale, fapt care duce la pierderea treptată a contactului cu realitatea și de aici decurge nesiguranța), hiperestezie senzorială (trăiește toate informațiile la modul dureros), tulburări în percepția spațiului, timpului și schemei corporale, derealizări, depersonalizări, halucinații auditive (cele mai caracteristice, mai ales pseudohalucinații: își aude gândurile, i se fură gândurile), vizuale (terifiante, legate de anxietăți), gustative, olfactive (legate de alterarea relației cu părinții – crede că vor să-l omoare).

- gândirea: tulburări de dinamică (tendința de stereotipie, perseverații, blocaje, merge până la fenomenul de baraj), devine mai voalată (caracter de aproximație în tot ceea ce spune, tendința la abstracțiuni, oboseală mintală), tulburări expresive (în conținutul noțiunilor: ruperea unității conținutului de gândire - se separă tot ce ar trebui să fie legat și se leagă tot ce nu ar trebui), paralogii, aproximări, încurcă sensul concret cu cel figurat, folosește multe condensări, neologisme, cuvinte noi auzite sau fabricate de ei, delir sistematizat de persecuție).
- afectivitatea: tulburări ale echilibrului dispozițional (tendința spre indiferentism), își pierde semnificația afectivă în lumea înconjurătoare, rigiditate afectivă (nu are loc trecerea de la o stare la alta), pierde raportul afectiv cu anturajul, tendința de persiflare (face glume proaste), slabă capacitate de colorare afectivă, de vibrație afectivă, ambivalență și discordanță în timp între afectivitate și idei.
- activitate: hipovulie (alterarea voinței), hipokinezie (topirea activității), ambivalență (nu are capacitate de decizie), parakinezii (activități șocante, stereotipii, poziții vicioase, modificările expresiei fizice a corpului), manierisme, grimase, râs exploziv, ergoschizis (se pierde armonia ce dă frumusețe gestului motor, pierde fluența mișcării), tulburări de activitate în toate domeniile (vorbire, scris, expresie plastică), activități impulsive, bruște, neprevăzute, tulburări de activitate instinctivă (se reduce, crește sau se pervertește).
- personalitatea: întâi se manifestă frica permanentă că își pierde controlul, apoi îl deranjează foarte mult faptul că este sub influența unor forțe externe, apare un fenomen de dedublare (la început pierderea capacității de control, apoi fragmentarea personalității, până la apersonalizare sau tranzitivism).
- conștiința: pierderea conștiinței de boală, nu are critica stării, nu recunoaște suferința.

V.3. Insuficiențele psihice

Retardarea mintală indică o scădere sau o diminuare de un anumit grad a funcțiilor intelectuale, fapt care duce la limitări serioase în comportamentul adaptativ al persoanei, care face cu greu față cerințelor vieții cotidiene și standardelor comunității căreia îi aparține. Ea este cunoscută și sub numele de insuficiență psihică primară sau oligofrenie. Retardarea mintală nu este o boală psihică. Individul n-a avut șansa să se dezvolte ca personalitate în raport cu parametrii corespunzători vârstei cronologice, mai ales pe planul cunoașterii și inteligenței, și nu este capabil să-și organizeze singur viața.

Studiile au arătat că frecvența apariției cazurilor de deficiență mintală ar fi de aproximativ 11% din populație. Dintre aceștia, 0.5-1% au QI<60, 2-3% au QI=60-75, iar 6-7% au QI=75-95.

Se vorbește despre mai multe grade ale retardării mintale (DSM-III-R):
- Retardare mintală de limită (QI = 70-85);
- Retardare mintală ușoară, numită și deficiență mintală (QI= 50-70);
- Retardare mintală moderată, numită și imbecilitate superioară (QI=35-50);
- Retardare mintală severă, numită și imbecilitate joasă (QI=20-35);
- Retardare mintală profundă, numită și idioție (QI<20).

Cunoașterea cauzelor deficienței mintale este foarte importantă pentru eficientizarea măsurilor de profilaxie și tratament medical și pentru creșterea posibilităților de diagnosticare corectă și tratare psihopedagogică diferențiată a formelor de manifestare ale acestei insuficiențe. Efectul factorului etiologic depinde de momentul ontogenetic în care acesta acționează. De multe ori deficiența mintală este o consecință a acțiunii sumate a mai multi factori care se manifestă fie simultan, fie succesiv. În alte situații, un anumit factor poate acționa indirect asupra dezvoltării psihice, acesta producând mai întâi un mediu nefavorabil.

Cauzele deficiențelor mintale sunt multiple. Acest lucru înseamnă că de obicei retardul intelectual este provocat de acțiunea (simultană sau succesivă) a mai mulți factori. În general, deficiența mintală poate fi generată de trei categorii de factori:

Factori endogeni (ereditari, genetici), care sunt de două tipuri:
- nespecifici – debilitatea endogenă familială;
- specifici: anomaliile craniene familiale (microcefalii, hidrocefalii, sindromul Aber), aberațiile cromozomiale (sindromul Turner, sindromul Klinefelter, hermafroidismul, sindromul Down), ectodermozele congenitale (scleroza tuberoasă, neurofibromatoza, angiomatoza cerebrală) și deficiențele metabolice. În categoria deficiențelor metabolice intră: dislipoidozele, disproteidozele (fenilcetonuria, sindromul Hartnup, degenerescența hepato-lenticulară, sindromul Low) și dismetaboliile hidraților de carbon (galactosemia, hipoglicemia ideopatică).

Factori exogeni (extrinseci):
- prenatali: infecții de natură virotică (rubeolă, gripă infecțioasă, hepatită, oreion), (apariția acestor infecții în cursul primelor trei luni de sarcină are consecințe extrem de grave), infecții de natură bacterigenă (tuberculoză, sifilis), infecții cu protozoare (toxoplasmoza congenitală Gondi), condiții de gestație de natură anatomo-fiziologică (incompatibilitatea factorului Rh), cauze chimice și hormonale (avort provocat nereușit, alcoolismul cronic al mamei, subalimentația mamei), vârsta părinților (mamele de peste 45 de ani sau cele care au avut mai mult de trei nașteri înainte de 20 de ani), emoțiile puternice

ale mamei în timpul sarcinii, radiațiile (tratamente cu raze X în primele 5 luni de sarcină).
- perinatali: asfixia copilului în timpul nașterii (ștrangularea cu cordonul ombilical, inspirarea mucusului, prezența lichidului amiotic în plămâni, administrarea unor doze de antibiotice prea mari, reflexe inspiratorii slabe la copil), hemoragia la copil în momentul nașterii (subdurală, subarahnoidală, intracerebeloasă, intraventriculară, meningeală), traumatismele de natură mecanică suferite de copil în timpul nașterii (utilizarea forcepsului, lovirea craniului de oasele pelviene ale mamei), prematuritatea (copiii cu o greutate la naștere sub 1500g).
- postnatali: meningită sau encefalită, traumatisme mecanice (cădere pe craniu la vârstele mici – provoacă fracturi sau hemoragii intracraniene), factori nutriționali și toxici (deficiența cronică a proteinelor din alimentație), epilepsia.

Factori psihogeni (psiho-sociali): carențe afective și educaționale.

Intelectul de limită (QI=70-85). Inferioritatea intelectuală a acestor copii apare încă de la intrarea în grădiniță, când deja manifestă deficiențe de limbaj, gândire, percepție și interese reduse. Datorită acestor deficiențe, la începutul școlarității acești copii iau un start slab. Inabilitățile lor cresc pe măsură ce sarcinile școlare devin mai complexe și antrenează procese intelectuale de nivel superior.

Debilitatea mintală (QI=50-70) reprezintă insuficiența mai mult sau mai puțin marcată a dezvoltării inteligenței, lăsându-i individului posibilitatea de a ajunge la autonomie socială, fără însă să-i permită să-și asume total responsabilitatea conduitelor sale, deoarece el este incapabil să prevadă consecințele. Vârsta mintală la care poate ajunge copilul este de 7-9/10 ani. Debilul mintal este educabil și capabil de achiziții școlare corespunzătoare vârstei sale mintale. Educarea debililor mintali se face în școlile ajutătoare. Deficiențele lor sunt în următoarele domenii:
- percepția (deficiențe ale analizei și sintezei – desprind mai puține detalii din obiecte și imagini; percepțiile sunt confuze; câmpul perceptiv e îngustat, orientare în spațiu e dificilă),
- gândirea (necreativă, reproductivă, situațională, intuitivă; deficiențe în operațiile de analiză, sinteză și comparație; stabilește mai ușor deosebirile decât asemănările; perseverări; nu are atitudine critică),
- limbajul (primul cuvânt apare la 2 ani, în condițiile în care la copilul normal apare la 1 an, iar utilizarea propoziției apare la 3 ani, în timp ce copilul normal face acest lucru la 1 an și 8 luni; vocabular limitat; construcții defectuoase din punct de vedere gramatical; cuvinte parazite și perseverări; dificultăți în însușirea scrisului),

- memoria (rigiditatea fixării şi reproducerii cuvintelor; memoria de cifre mai redusă; lipsa de fidelitate în reproducere; au nevoie de un număr mai mare de repetiţii pentru a reţine un material verbal),
- motricitate (merge mai târziu; viteza şi precizia mişcărilor sunt scăzute; reglarea forţei musculare e deficitară).

Învăţătorul are obligaţia de a-i identifica pe eventualii copii cu deficienţă mintală din clasa sa şi de a contribui la reorientarea lor spre şcolile ajutătoare. Acest demers cuprinde următorii paşi:
- observarea atentă a acestor copii pe parcursul activităţilor şcolare;
- interviu de anamneză riguros cu părinţii copilului suspectat;
- îndrumarea copilului spre examinarea unui psiholog şcolar;
- iniţierea şi susţinerea demersului de transfer al acestui copil spre şcoala ajutătoare (inclusiv explicaţiile date părinţilor cu competenţă profesională).

Imbecilitatea (QI=20-50) – este o formă de deficienţă mintală gravă, copilul ajungând până la o vârstă mintală de 2-7 ani. Imbecilul are posibilitatea de a-şi însuşi într-un anumit grad forma orală a limbajului. El este parţial educabil în căminele şcoală însă, nefiind capabil să se autoconducă, rămâne dependent social.

Idioţia (QI=0-20) – nivelul mintal inferior vârstei de 2 ani. Idiotul nu depăşeşte etapa construcţiilor senzorio-motorii şi nu are capacitatea de a răspunde de propria sa securitate în viaţa de toate zilele. Idiotul este incapabil să se autoconducă, să se apere de eventualele pericole şi să se hrănească. Ei sunt îngrijiţi în cămine-spital

V.4. Modalităţi de abordare a cazurilor cu tulburări psihotice

În tratamentul tulburărilor psihotice la copii, psihoterapia joacă de regulă un rol secundar. Astfel, în 1989 psihoterapeutul american Kazdin, făcând o inventariere a studiilor privind tratamentul depresiei la copil, a constatat că cele mai multe dintre acestea se refereau la efectele medicamentelor antidepresive (G.Francis, 1988).

De regulă, tratamentul depresiei la copil combină medicaţia antidepresivă cu psihoterapia. În aceste cazuri sunt foarte eficiente tehnicile cognitiv-comportamentale. Psihoterapia intervine mai ales cu scopul îmbunătăţirii aptitudinilor sociale şi comunicaţionale ale copilului.

În 1987 Stark, Reynolds şi Kaslow au realizat o cercetare clinică pe un lot de 29 copii depresivi cu vârste cuprinse între 9 şi 12 ani. Copiii au fost repartizaţi în grupuri terapeutice, iar tratamentul a cuprins în total un număr de 12 şedinţe pe o perioadă de 5 săptămâni. Scopul cercetării a fost compararea

eficacităţii a trei tehnici: tehnicile de autocontrol, învăţarea rezolvării de probleme şi lista de priorităţi pentru condiţiile de control. Rezultatele au fost pozitive, copiii demonstrând după două luni de la tratament îmbunătăţiri semnificative pe plan comportamental (G.Francis, 1988).

S-a scris foarte puţin despre tratamentul psihologic al schizofreniei la copil. Şi în acest caz terapia medicamentoasă ocupă prima poziţie. De regulă, în psihoterapia acestor copii se pune accentul pe îmbunătăţirea aptitudinilor comunicaţionale.

Cele mai multe studii sunt legate de psihoterapia copiilor cu autism. Principalele deficienţe ale acestor copii sunt în planul limbajului, în planul comportamentului social şi jocului, în planul atenţiei şi în planul motivaţiei.

Psihoterapia copiilor cu tulburări de natură psihotică include întotdeauna un program complex, ce implică toţi factorii ce contribuie la educarea copilului respectiv: părinţi, învăţător, medic psihiatru, psihoterapeut.

PARTEA a II-a: ELEMENTE DE PSIHOTERAPIE, CONSILIERE ŞI OPTIMIZARE COMPORTAMENTALĂ A COPILULUI

CAPITOLUL I Concepte de bază. Metode şi tehnici de orientare experienţială

I.1. Ce este psihoterapia copilului?

Psihoterapia copilului s-a dezvoltat iniţial ca ramură a psihoterapiei adultului, însă a cunoscut o serie de delimitări datorate cunoaşterii mai profunde a dinamicii dezvoltării personalităţii. Deşi există multe sisteme psihoterapeutice, care se deosebesc atât în ceea ce priveşte baza teoretică cât şi modul în care funcţionează relaţia şi comunicarea dintre terapeut şi copil, în toate tipurile de terapie este importantă înţelegerea semnificaţiei unui anume tip de comportament, învăţarea copilului să facă mai bine faţă problemelor sale emoţionale şi sprijinirea maturizării personalităţii. Posibilităţile de acţiune ale psihoterapiei sunt mult mai mari la copil şi adolescent datorită nefinisării mobilităţii structurii psihice şi potenţialului dinamic evolutiv, caracteristic vârstei, al căror efect maturizant, compensator, poate completa acţiunea terapeutică.

Carl Rogers vorbea de funcţia sanogenetică ce există în fiecare persoană şi care aşteaptă, în cazul celor cu tulburări psihice, să fie reactivată. Accesul la aceasta funcţie sanogenetică poate fi mai uşor în cazul copiilor decât la adult şi datorită faptului că rezistenţele şi mecanismele lor de apărare nu sunt foarte puternice. De asemenea se consideră că acum este posibilă corectarea unor mecanisme de apărare distorsionate, deblocarea altora, eliminarea eventualelor stagnări, regresiuni, deviaţii în formarea personalităţii.

Dupa Jerome Franc şi Judd Marmor (apud. I.Holdevici, 1996), toate terapiile au câteva aspecte comune:
- relaţionarea apropiată, de încredere între terapeut şi copil;
- libertatea emoţională: terapeutul încurajând copiii să-şi elibereze şi să-şi exprime sentimentele;

- învăţarea cognitivă şi experienţială: direct sau indirect terapeutul încearcă să-i înveţe pe copii moduri diferite şi adaptative de comportament;
- practica: terapeutul încurajând copiii să folosească noul mod de gândire, comportament, simţire în activităţile zilnice.

În **psihoterapia experienţială** scopul final este de a-l ajuta pe copil să fie conştient de sine şi de existenţa sa în lume. Se urmăreşte deblocarea procesului de evoluţie normală, ajutând copilul să intre în contact cu nevoile sale neconştientizate, realizarea unei mai bune acceptări de sine ca persoană şi în relaţie cu lumea. Se consideră, în acest sens, că în baza conştientizării, autoacceptării şi a dreptului de a fi aşa cum eşti, organismul poate creşte, iar intervenţia forţată retardează acest proces. Psihoterapia va avea astfel un efect pozitiv asupra comportamentului etic al copilului, responsabilităţii şi a filosofiei lui de viaţă. Terapeuţii experienţialişti cred că oamenii au un impuls natural spre sănătate, iar creativitatea, umorul şi spontaneitatea sunt privite ca aspecte ale unei bune sănătăţi psihice.

Psihoterapia îi ajută pe copii într-o varietate de moduri: primesc suport emoţional, îşi înţeleg sentimentele şi problemele, îşi rezolvă conflictele cu alţi oameni, încearcă noi soluţii la problemele vechi. Treaba terapeutului este să-i ajute pe copii să vadă lumea din jurul lor aşa cum este ea în realitate. Se doreşte ca ei să ştie că au posibilitatea să facă alegeri în viaţa lor şi unele alegeri sunt imposibil de făcut. Un terapeut gestaltist, Arnold Beisser, a lansat paradoxul schimbării care spune că „schimbarea survine când cineva devine ceea ce este în prezent şi nu când devine ceea ce nu este". În acest sens, este important pentru copil să fie ajutat să devină conştient de sine ca persoană întreagă (senzaţii fizice, corp, emoţii, gânduri, dorinţe şi posibilităţi) şi abia apoi să i se faciliteze schimbarea, nu să i se impună modelul de schimbare al terapeutului. Psihoterapia nu este pedagogie, ci mai curând o artă în care sunt îmbinate tehnicile şi cunoştinţele teoretice cu experienţa, creativitatea, flexibilitatea terapeutului.

Dar se poate pune întrebarea: de ce îşi schimbă copiii modul lor de a fi în terapie când o puteau face înainte? Există mai multe motive, cel mai important este că terapeutul crează o relaţie caldă, de încredere cu copilul şi el se simte destul de în siguranţă pentru a alege alternative de a gândi şi acţiona. Securitatea emoţională a acestei relaţii cu terapeutul dă copilului un sens al siguranţei şi îi permite să încerce să rişte un mod nou de a simţi şi de a se comporta. Este foarte uşor să folosim termeni ca „relaţie caldă şi de încredere", dar uneori este foarte greu să o construieşti şi să o menţii.

Deci, un factor de influenţare de prim ordin este relaţia terapeutică. Pentru asigurarea succesului terapiei, este necesar ca terapeutului să-i placă copiii, să-i respecte, să realizeze o relaţie de încredere, să dezvolte o atitudine empatică, onestă şi deschisă în relaţiile cu copiii. El trebuie să poată să fie

direct, fără a fi deranjant şi amabil, fără a fi prea indirect şi permisiv; trebuie să dea dovadă de flexibilitate. De asemenea, terapeutul trebuie să cunoască modul cum se dezvoltă şi învaţă copiii şi să înţeleagă momentele importante care corespund fiecărui nivel particular de vârstă. În cazul copilului şi adolescentului trebuie ţinut cont de particularităţile psihologice şi neurofiziologice proprii, de fundalul motivaţional şi de necesităţile relaţionale specifice etapei cronologice respective.

Terapeutul trebuie să fie famialiarizat cu tipurile de dificultăţi de învăţare care afectează copilul, cauzate adesea de factori emoţionali. El trebuie să cunoască lucrul cu dinamica sistemului familial şi să aibă în atenţie mediul care îl influenţează pe copil - casa, şcoala, alte instituţii în care este implicat - precum şi cu expectaţiile culturale manifestate faţă de copil. Atunci când este cazul, se intervine în modificarea mediului în care trăieşte copilul şi psihoterapia este combinată şi cu metode educaţionale şi tehnici comportamentale.

Pentru a reuşi o relaţie bună cu copilul, terapeutul are nevoie să aibă simţul umorului şi să permită copilului jucăuş şi expresiv din el să se manifeste liber. Este important ca el să creadă în mod ferm că fiecare copil este un unicat, o persoană valoroasă.

Tratamentul copilului porneşte de la nevoile sale specifice, de la problemele sale emoţionale şi situaţiile obiective în care el se află. Realitatea copilului este mai importantă decât tehnica şi teoria terapeutului.

I.2. Obiectivele şi desfăşurarea procesului psihoterapeutic

Procesul de lucru cu copilul este unul curgător, amabil, prietenos. Fiecare terapeut îşi va găsi propriul stil în realizarea unui balans între sesiuni directive şi ghidate, pe de o parte, şi cele permisive, în care să-l lase pe copil „să conducă", pe de altă parte. Deoarece tratamentul fiecărui copil este unic şi diferit, procesul terapeutic trebuie să fie un proces foarte flexibil. Totuşi, el urmăreşte o progresie, care are un început, un mijloc şi un sfârşit, şi terapeutul trebuie să fie conştient de această etapizare şi de structura pe care o impune terapiei, structură care spune că anumite probleme trebuie tratate într-o anumită ordine.

Toate aceste stadii au ţeluri comune:
- primul este reducerea problemelor emoţionale sau de comportament ale copilului,
- al doilea este îmbunătăţirea adaptării la şcoală, în familie sau cu egalii,
- al treilea este îmbunătăţirea stimei de sine.

Diagnoza şi strângerea de informaţii se fac permanent în cadrul demersului terapeutic. În plus, fiecare fază a procesului terapeutic îşi are ţelurile ei specifice.

- Prima fază

Ţelul primei faze este stabilirea alianţei terapeutice într-un mediu securizant, predictibil, care-i permite copilului să se dezvăluie pe sine. Prima sesiune este foarte importantă în realizarea alianţei terapeutice. De aceea, trebuie să fie o experienţă plăcută pentru copil, pentru ca el să-şi dorească să revină la cabinet. Aceasta şi pentru că părinţii sunt cei care decid venirea la cabinet, iar copilul poate fi la început refractar, speriat sau nemotivat pentru relaţia terapeutică. Prima întâlnire este momentul stabilirii unei relaţii de încredere cu copilul. El poate vedea dacă terapeutul este un participant corect şi imparţial, interesat de fiecare membru al familiei şi în special de copil. Cei mai mulţi terapeuţi afirmă că este necesar ca atunci când familia vorbeşte despre copil, el să fie de faţă, chiar dacă nu-şi spune şi el punctul de vedere. Astfel, copilul este împiedicat să fantazeze, să se îngrijoreze cu privire la presupusele lucruri rele ce se spun despre el. Terapeutul nu trebuie să-i vorbească copilului „de sus", să-l neglijeze sau să-l trateze ca pe un obiect despre care se discută. În această situaţie, copilul descoperă că terapeutul este interesat de el, îl vede, îl aude, îl tratează cu respect, vorbeşte cu el în mod serios şi nu priveşte problema sa ca pe un fapt dificil.

Primele sesiuni au şi o valoare diagnostică: se strâng informaţii din mai multe surse (copil, familie, şcoală, medic de familie), se formulează ipotezele şi obiectivele terapeutice. Însă terapeutul continuă să strângă informaţii de-a lungul tratamentului şi poate avea surpriza deformării informaţiilor iniţiale, transformării sau îmbogăţirii obiectivelor în timp. Chiar în prima sesiune terapeutul este interesat de motivele pentru care este adus copilul la cabinet. Acesta, aflându-se într-o relaţie de strânsă dependenţă faţă de părinţi, şcoală sau autorităţi, nu se prezintă spontan la consultaţii, ci este adus de părinţi în urma unui şir de incidente, conflicte latente sau manifeste. Puţini părinţi solicită ajutor psihologic pentru copiii lor în cazul când aceştia prezintă uşoare elemente simptomatice în comportament. Cei mai mulţi se îndreaptă spre cabinetul de psihoterapie atunci când situaţia începe să fie dificilă, uneori insuportabilă, atât pentru copil cât şi pentru părinţi. Chiar dacă părinţii nu sunt direct afectaţi de comportamentul copilului, ei trăiesc disconfort, anxietate sau simt că trebuie să facă ceva în această privinţă. Uneori părinţii îşi aduc copiii la terapie pentru că aceştia au suferit incidente traumatice (abuz, molestare, accident, moartea sau îmbolnăvirea cuiva drag) şi doresc să fie siguri că sentimentele trăite de copil nu-l vor copleşi şi nu vor avea efecte negative pe

termen lung. Alteori, şcoala sau medicul de familie îi îndrumă pe părinţi spre psihoterapie. Doar ocazional copiii se adresează ei înşişi terapeutului şi aceştia sunt mai ales adolescenţii. Terapeutul observă încă de la început dacă problema este a copilului, dacă el o acceptă, sau este a părinţilor sau a profesorilor.

O sursă importantă de informaţii este observarea relaţiilor dintre părinţi şi copil (şi fraţi eventual) în timp ce ei sunt în cabinet. Primul lucru de observat este proximitatea fizică. Copilul şi părinţii stau împreună sau separaţi? Dacă stau împreună, se află în contact fizic şi aparent dependent, legaţi unii de alţii? Dacă stau despărţiţi, indică aceasta o lipsă a contactului emoţional sau o independenţă sănătoasă? Apoi se observă dacă copilul se mişcă liber prin cameră sau părintele îi controlează comportamentul. Ce reacţie au părinţii la comportamentul copilului lor? Cere acesta aprobare când vorbeşte? Vorbeşte liber sau este blocat de prezenţa părinţilor? Îl lasă părinţii să vorbească sau răspund în locul lui? Plecând de la aceste informaţii, terapeutul formulează ipoteze cu privire la măsurile educative pe care părinţii le aplică copilului, alianţelor şi conflictelor intrafamiliale.

Când rămâne singur cu copilul, terapeutul îl informează despre ceea ce presupune relaţia terapeutică. Cea mai bună modalitate de a face aceasta este să i se explice copilului în termeni practici şi i se poate spune ceva de genul: „Când ne vom întâlni vom vorbi despre multe lucruri, inclusiv despre problemele tale, şi uneori putem să ne folosim de desen, de modelaj, de jocuri şi jucării. Astfel pot învăţa ceva despre tine şi te pot ajuta să te simţi mai bine, în special dacă eşti speriat sau nefericit.".

Prima sesiune este momentul când i se explică copilului confidenţialitatea. Aceasta are două consecinţe importante: în primul rând, copilul simte că primeşte un respect special şi se va raporta pozitiv la terapeut şi la terapie, şi în al doilea rând, copilul va avea libertatea de a fi deschis cu terapeutul său şi cu cât aceasta începe mai devreme, cu atât mai bine. În general, prima sesiune este un moment în care terapeutul încearcă să promoveze stima de sine a copilului şi valorizarea propriei persoane.

Pentru o abordare bună, copilul este lăsat să vorbească despre lucrurile de fiecare zi sau despre orice altceva vrea el, pentru că aceasta îi va permite să se simtă mai liniştit. Terapeutul trebuie să răspundă la nivelul de înţelegere al copilului, să vorbească cu termeni pe care el să-i înţeleagă, să evite încercarea de a generaliza, de a comenta sau de a interpreta ce se ascunde în spatele celor spuse de copil. Cel mai important este să asculte şi să fie interesat. Chiar dacă copilul se simte bine în această interacţiune, terapeutul trebuie să fie atent să nu se concentreze prea direct pe simptomele copilului, în special pe cele stânjenitoare cum ar fi udatul patului sau furtul. Dacă copilul devine iritat când se abordează anumite situaţii, terapeutul devine flexibil şi schimbă discuţia, îi respectă disponibilitatea. Înseamnă că este prea devreme acum să se forţeze o

discuţie posibil stresantă sau, problema atinsă este prea dureroasă pentru copil. De asemenea, terapeutul trebuie să evite să învinuiască copilul sau să ia parte la dezacordul părinte-copil, făcând alianţă cu vreunul dintre ei. Se pot folosi acum testele de desen (familie, casă-copac-persoană) sau jucăriile, în funcţie de vârsta copilului.

Din evaluarea psihologică, anamneză, interviul preliminar cu părinţii şi cu copilul, terapeutul defineşte obiectivele terapeutice. Iniţial se pot desprinde trei tipuri de obiective: din perspectiva părinţilor, din perspectiva copilului şi din cea a terapeutului, care se află în grade diferite de apropiere sau de depărtare, însă odată cu progresul terapiei ele se apropie din ce în ce mai mult, dând o coerenţă procesului terapeutic. Obiectivele se pot şi schimba pe măsura progresului terapeutic.

- A doua fază a psihoterapiei este formată din sesiunile de mijloc, care au un focus diferit.

Acestea constituie, de obicei, majoritatea duratei tratamentului şi se concentrează pe problemele personale, pe problemele de zi cu zi, cu intensificarea relaţiei terapeutice. Este momentul în care are loc cea mai mare parte a muncii terapeutice.

Copiii au adesea blocaje în comunicarea verbală, se simt stingheriţi sau opun rezistenţă în a-şi exprima direct trăirile interioare sau nu le conştientizează. Folosirea tehnicilor expresive contribuie la eliminarea acestor blocaje şi copiii îşi pot dezvălui direct sau simbolic sentimentele, trăirile şi credinţele într-un mod deschis, ceea ce duce la integrarea personalităţii. Experienţele integrative implică recunoaşterea sentimentelor reprimate şi concilierea dintre conştient şi inconştient. Aceste tehnici încurajează proiecţia. Ceea ce copilul exprimă prin desen, modelaj, povestiri, arată fanteziile sale proprii, anxietăţile, fricile, frustrările, atitudinile, paternurile de comportament şi de gândire, impulsurile, resentimentele, dorinţele, nevoile şi sentimentele sale. Adesea, proiecţia va fi singura cale prin care copilul vorbeşte despre el. De exemplu, el poate spune prin intermediul unei marionete lucruri pe care nu le va spune niciodată direct. (Notă: tehnica utilizării marionetelor facilitează medierea procesului de explorare şi analiza terapeutică.) Însă este extrem de important modul cum terapeutul manipulează acest material. Explicarea şi interpretarea sunt considerate fără temei dacă nu sunt direct percepute şi simţite de copil.

Terapeutul experienţialist nu-i interpretează copilului materialul pe care acesta îl oferă prin proiecţie, deşi el traduce pentru sine ceea ce aude şi vede, pentru a ghida interacţiunea sa cu copilul. Astfel, terapeutul trebuie să-şi dezvolte o bună relaţie între Eul său actor şi Eul său spectator. Cu alte cuvinte, el se află pe de o parte, implicat activ în dialogul şi jocul cu copilul, fiind o

prezență stimulatoare, și pe de altă parte, observă și atunci când este nevoie, direcționează firul procesului terapeutic, neuitând care este scopul și sensul terapiei.

Prin realizarea de asociații între tehnicile expresive și situațiile din viața reală a copilului sau, altfel spus, prin echilibrarea elementelor din joc, fantezie și desene cu constrângerile realității, crește capacitatea copilului de a fi conștient de sine și de existența sa în lume.

Tehnicile expresive stimulează creativitatea copilului, iar creativitatea umană este limbajul primar pentru realizarea insightului și vindecării. Pentru unii copii și în special pentru cei mici, nu este necesar să-și verbalizeze insighturile, descoperirile și să-și conștientizeze modificările din comportament. Adesea pare suficient să-și manifeste deschis comportamentul și emoțiile blocate care au interferat cu procesul lor de creștere emoțională. Apoi, ei pot începe să integreze moduri mai bune de comportament, să facă mai bine față multor frustrări, pot începe să relaționeze mai bine cu egalii și cu adulții din viața lor. Ei pot începe în final să experimenteze stări de calm, bucurie și valoare de sine.

Tehnicile sunt numeroase dar ele nu trebuie utilizate ca niște rețete, nu trebuie privite ca un scop în sine. Terapeutul păstrează întotdeauna în minte că fiecare copil este o persoană unică și procedura sau tehnica sunt doar un catalizator al procesului terapeutic. Copilul direcționează cum să se lucreze cu el și orientează spre ceea ce are el nevoie. Secretul este ca terapeutul să fie receptiv și deschis, gata să-i primească mesajul și să-i permită să-l transmită.

Uneori terapeutul se poate simți deranjat de ceva din comportamentul copilului și atunci este important să discute cu copilul despre aceasta, atât pentru coerența sa interioară, cât și pentru imaginea pe care o are în ochii copilului, care simte când ceva îi este permis sau nu, dar are tendința să testeze limitele persoanelor cu care interacționează. Este important pentru copil să simtă că terapeutul este o persoană puternică pe care se poate baza, căreia să i se încredințeze și nu una ușor de manipulat sau prea permisivă. Prin faptul că terapeutul îl înțelege, îl acceptă și este sincer cu el, copilul învață să se autoaccepte, să se conștientizeze și astfel să crească și să se dezvolte emoțional. Un bun terapeut asistă și acompaniază copilul în procesul evoluției sale.

Fiecare sesiune terapeutică este impredictibilă, depinde de copil și de situație. Uneori terapeutul pregatește tehnici pe care copilul le refuză și atunci nu trebuie să forțeze ci să-i respecte limitele. Rezistențele nu sunt întodeauna date de negativismul copilului, ci este bine să se țină cont de faptul că experiențele de viață l-au învățat pe acesta să se apere și să se opună când ceva este prea greu, prea mult, sau prea periculos pentru el. În psihoterapia experiențială se consideră că în fiecare „perete de rezistență" se află noi arii de creștere. Este un lucru similar celui pe care Fritz Perls (creatorul gestalt-

terapiei) îl numea „impas". El credea că atunci când intrăm într-un impas oferim persoanei posibilitatea să fie martoră la procesul de renunțare la vechile strategii și să trăiască aceasta cu sentimentul că nu mai are suport. Atunci opune rezistență și vrea să fugă. Astfel încât, de fiecare dată când apar rezistențele, vom ști că nu suntem într-o luptă cu o graniță rigidă, ci suntem într-un loc care poate fi lărgit, la limita unei noi modalități de expresie, a unei noi descoperiri. Terapeutul poate trata direct frica ce se ascunde în spatele rezistențelor sau poate să-i permită copilului să decidă pentru el însuși când este gata să riște ceva care este dificil pentru el.

În terapie se vorbește de trei tipuri de schimbări:
- schimbări comportamentale – se referă la schimbări în modul în care copilul se comportă și acționează, cum se relaționează cu alți oameni sau obiecte din spațiul său de viață.
- schimbări cognitive – se referă la capacitatea de a se înțelege pe sine și pe cei din mediul său, de a identifica ceea ce este important de ceea ce nu este important.
- schimbări emoționale – schimbări în confortul, fericirea și satisfacția copilului. Ele sunt cruciale în terapie.

Cum copilul este o unitate, aceste aspecte sunt legate între ele astfel încât, atunci când el începe să înțeleagă ceva diferit, el începe să se comporte diferit, să simtă ceva diferit. Similar, când începe să schimbe felul în care simte, el va începe să se comporte diferit și să înțeleagă diferit situația. Deci în tratament nu trebuie ignorată relația dintre aspectele cognitive, emoționale și comportamentale ale copilului.

De asemenea, schimbările sunt de suprafață, direct observabile și manifeste în comportamentul copilului, și de profunzime, cu acțiune latentă, la nivelul personalității acestuia și care se instaleaza abia la un oarecare interval de la sfârșitul curei psihoterapeutice.

- Faza a treia

Încheierea terapiei poate fi un moment dificil pentru copil din mai multe motive, și poate prezenta probleme care se centreaza în jurul separării, pierderii unei relații importante și a încrederii în sine. De aceea, încheierea terapiei nu se face brusc și copilul trebuie să fie pregătit pentru acest lucru. Un bun moment de stopare a terapiei este atunci când se atinge un platou în schimbare. Este semn că nu se mai poate avansa în terapie și copilul are nevoia de a integra și de a asimila în propriul său mod de maturizare și de creștere schimbările care au avut loc ca rezultat al terapiei. Uneori acest platou este un semn de rezistență care trebuie respectat. El are nevoie de mai mult timp, de mai multă forță, poate avea nevoie să se deschidă când va fi mai în vârstă. Însă terapia nu trebuie să se încheie niciodată în mijlocul unei crize. Chiar dacă

copilul este pregătit să sfârşească terapia, terapeutul trebuie să-l ajute să facă faţă mai întâi crizei.

Există anumite chei de a cunoaşte când trebuie oprită terapia. Una este aceea când comportamentul copilului s-a schimbat prin raportare la şcoală, la părinţi şi la egali. El începe să fie implicat în activităţi exterioare - cluburi, fotbal, prieteni, semn că terapia începe să-l plaseze pe drumul vieţii sale. O alta este când se produce o răceală în relaţia sa cu terapeutul şi materialul din sesiunea de terapie este din ce în ce mai puţin productiv din punct de vedere terapeutic. Copiii înţeleg vag conexiunea dintre problemele lor emoţionale şi terapie. Ei sunt egocentrici şi aprecierea lor este emoţională: ei agreează sau nu terapeutul şi terapia. Aceasta face ca atâta timp cât se implică în terapie ei să vină cu plăcere la cabinet. Când devin plictisiţi şi doresc să petreacă mai mult timp cu prietenii, relaţia terapeutică răcindu-se emoţional, este semn că se apropie sfârşitul terapiei.

Scopul ultimei etape în terapie este consolidarea şi întărirea câştigurilor obţinute, terapeutul întrebându-se dacă copilul poate promova sau menţine aceste câştiguri. Pentru a putea face aceste predicţii, terapeutul trebuie să privească dincolo de schimbările simptomatice şi să se focalizeze pe schimbările care au avut loc în funcţionarea emoţională a copilului.

Terapeutul american Robert Leve (în "Child and Adolescent Psychotherapy", 1995) ne oferă un ghid de întrebări pe care şi le pune înainte de a şti dacă este momentul oportun pentru finalul terapiei. Este bine să se cunoască dacă:

- Problemele emoţionale ale copilului sunt sub control. Copilul a învăţăt să-şi controleze comportările impulsive şi are o mai bună toleranţă la frustrare.
- Nivelul de gândire al copilului este adecvat vârstei. Copilul normal trebuie să aibă o bună înţelegere a cauzei şi efectului, să fie realist în judecarea situaţiilor şi să fie capabil să discrimineze importantul de neimportant în viaţa sa.
- Nivelul fanteziei copilului este adecvat pentru încheierea terapiei. Fanteziile adecvate vârstei indică creativitate, sunt un mod natural de a lucra cu conflictele şi, în general, sunt un semn al adaptării şi creşterii emoţionale. Un copil normal recunoaşte diferenţa dintre fantezie şi realitate. În acest caz, fanteziile au un sens psihologic în faptul ca servesc un scop, încearcă să reducă o temere sau să exprime o dorinţă conştientă sau inconştientă. Aceste fantezii sunt indicaţii pozitive pentru încheiere. Fanteziile dezorganizate, bizare sau discontinue sunt slabi indicatori prognostici.
- Copilul are abilitatea de a învăţa din traume emoţionale. Acesta este unul din cele mai importante câştiguri terapeutice care indică încheierea. Terapeutul observă şi compară modurile în care copilul se adapta la schimbările care aveau loc în viaţa sa, la începutul terapiei, cu modul în care face faţă unor schimbări similare în momentul prezent. Când copilul poate tolera aceste schimbări şi chiar poate beneficia de ele, el a învăţăt reacţii emoţionale noi şi mai adaptative care anunţă o prognoză pozitivă pentru viitor.
- Copilul poate să-şi revină din traume emoţionale. Viaţa oricărui copil este plină de supărări, dar copiii normali au abilitatea de a trece peste aceste experienţe şi de a se întoarce la un echilibru emoţional normal. Abilitatea de a se reface emoţional este un prognostic foarte bun pentru încheiere.

Părinţii trebuie să-şi ajute copiii să menţină câştigurile terapeutice. Ei sunt o parte integrantă a tratamentului încă de la început şi rolul lor este esenţial în menţinerea tratamentului şi atingerea unor ţeluri pozitive. Terapeutul stabileşte o alianţă de colaborare cu părinţii în care aceştia sprijină tratamentul copilului lor prin aducerea la timp la cabinet, prin furnizarea de informaţii necesare despre funcţionarea copilului la şcoală şi în familie şi prin lucrul cu terapeutul în obţinerea unei înţelegeri empatice a nivelului de dezvoltate al copilului, trăsăturilor de personalitate şi problemelor sale personale.

Terapeutul îi ajută pe părinţi în managementul problemelor, învăţându-i să întâlnească nevoile copilului în mod adecvat şi să îşi recunoască interacţiunile maladaptative cu copilul lor şi să înveţe alte moduri de relaţionare şi comunicare mai adaptative. De asemenea unii părinţi sunt ajutaţi să se adapteze schimbărilor realizate de copiii lor prin terapie, care presupun o mai mare independenţă şi asertivitate.

Această scurtă prezentare a specificului demersului terapeutic cu copii va folosi cititorului drept grilă în înţelegerea cazurilor clinice descrise mai departe. Deşi fiecare caz este unic toate au în comun principiile teoretice şi metodele de lucru specifice terapiei experienţiale.

I.3. Cum abordăm copiii prin metode şi tehnici experienţiale (expresive şi gestalt-creative)

I.3.1. Desenul ca abordare diagnostică şi terapeutică a copilului

Cunoaşterea universului interior al copilului beneficiază de un ajutor considerabil din partea tehnicilor expresiv-creative de investigaţie şi terapie, dintre care desenul serial, modelajul, jocul cu nisip, exerciţiul mimico-pantomimic şi dramaterapeutic, improvizaţia muzicală, exprimarea prin dans şi mişcare sunt cele mai frecvent utilizate de consilierii şi psihologii specializaţi în problemele copilului.

Desenul liber sau tematic constituie o cale foarte potrivită de evaluare a personalității în formare a copilului și a problemelor sale emoționale, precum și a relațiilor sale cu familia, a traumelor pe care eventual le-a suferit, a nivelului de anxietate existențială, a capacităților și a dificultăților sale de a se adapta la mediul social.

Cum și cât poate fi decriptată lumea subiectivă a copilului mic prin desen? Pe ce se bazează valoarea diagnostică și terapeutică a acestui mijloc expresiv?

Răspunsul acestor întrebări este dat de valoarea simbolică a desenelor ca „VEHICOLE" și „ACTIVATORI" de informație psihologică inconștientă sau de mesaje pe care copilul este incapabil de a le exprima verbal, ci doar afectiv-imagistic prin intermediul liniilor grafice, culorilor, formelor, pozițiilor și dimensiunilor personajelor sau obiectelor desenate. Mecanismul psihologic prin care conflicte inconștiente nerezolvate, probleme incomunicabile, atitudini și sentimente față de persoanele importante din viața sa, frustrații și anxietăți, blocaje și suferințe reprimate sunt devoalate – îl constituie PROIECȚIA. În alți termeni, problemele ascunse, neconștientizate, reprimate sau negate, îngropate în abisurile inconștientului sunt exprimate într-o manieră simbolică, adesea transparentă, în produsele creației artistice ale subiectului și sunt atribuite (proiectate) în elementele acesteia și relațiile dintre aceste elemente. Astfel, personajele unei povești inventate de copil, dramatizate de el împreună cu alții sau prin jocul de marionete, ori pur și simplu redate grafic, sunt investite cu semnificații, emoții, sentimente și gânduri pe care copilul le trăiește în legătură directă cu evenimentele vieții sale, cu relațiile sale cu familia și alte persoane semnificative din viața sa.

Atât desenele, cât și jocurile sunt considerate drept cele mai relevante modalități de expresie ale primilor ani de viață, ele oferind date importante despre inteligența și afectivitatea copilului. În mod special, desenul liber, spre deosebire de desenul după model (preferat în școala tradițională), îndeplinește rolul unei veritabile creații, care exprimă spontan viziunea personală a copilului asupra mediului înconjurător și prin aceasta, se instituie într-un veritabil test psihodiagnostic al personalității lui.

Dintre testele proiective bazate pe desen utilizate special în psihodiagnoza copilului sunt:

Testul „omulețului" (F.Goodenough) care oferă indicii asupra nivelului intelectual al copilului. În funcție de nivelul său de maturitate psihomotrică, de percepția propriei scheme corporale și de proiectarea sa în desenul unui omuleț acești indici pot fi semnificativi pentru dezvoltarea cognitivă, evaluată concret prin gradul de perfecțiune și completitudine a desenului, echilibrul general, bogăția detaliilor.

Testul „femeii plimbându-se prin ploaie" (testul H.Fay) solicită o integrare mai complexă a unor elemente ale desenului liber, ce permit evaluarea nivelului de inteligență.

Testul desenului liber al lui G.Minkowska (reprezentând personaje sau orice altceva) permite aprecierea modului particular de percepție al copilului în două tipuri distincte: tipul senzorial și tipul rațional. La tipul senzorial, modalitatea de realizare a desenului nu este prea precisă, dar detaliile sunt legate unele de altele printr-un viu dinamism. Tipul rațional, dimpotrivă, are o manieră mai precisă de a desena. Fiecare element, obiect sau ființă sunt redate riguros și adesea simetric, dar fiecare este izolat, imobil și fără nici o legătură cu restul desenului. Dar desenul liber ne oferă și indicii privind viața afectivă a subiectului prin intermediul analizei conținutului.

Testul „desenului figurii umane" (K.Machover).

Autoarea pleacă de la modificarea testului „omulețului" propunând desenarea succesivă a două persoane de sex diferit.

Testul „casă-copac-persoană" (H-T-P engl. house-tree-person, al lui J.N.Book) îmbogățește situația proiectivă, având două etape de lucru, momentul creator nonverbal: realizarea unui desen prin folosirea celor trei elemente indicate și momentul verbal, interpretativ, în care copilul este solicitat să descrie, să definească și să interpreteze ceea ce a desenat. Această a doua etapă creează asociații libere deosebit de relevante pentru cunoașterea problemelor emoționale și relaționale ale copilului. Din acest desen pot fi înțelese modul în care percepe copilul mediul înconjurător, proiecția propriului său mod de a fi și simți, în raport cu sine și cu alții.

Testul „desenului familiei" (utilizat de mai mulți autori clasici – F.Minkowska, M.Porot, Cain și Gomila, N.Appel, F.Barcellos, N.Fukada) este relevant pentru cunoașterea raporturilor pe care le are copilul cu familia, ele fiind decisive în formarea personalității sale. M.Porot considera că simpla observare a desenului unei familii permite cunoașterea sentimentelor reale pe care copilul le resimte față de ai săi, situația în care el se plasează în cadrul familie sale, relațiile dintre membrii familiei și impactul lor asupra copilului din perspectiva acestuia. Dimensiunile personajelor familiale, centralitatea și excentralizarea lor în spațiul grafic, distanțele dintre membrii familiei și dintre figurile centrale și copilul investigat, sunt elemente de diagnostic importante și totodată factori de suport pentru o discuție relevantă de conștientizare și chiar de optimizare a raporturilor perturbate din familie. Din această ultimă perspectivă testul familiei poate constitui și o tehnică provocativă utilizată în terapia cu familia copilului cu tulburări emoționale și de comportament. Utilizat mai ales ca probă de cunoaștere, testul familiei poate fi folosit pentru declanșarea unui dialog, ghidat de întrebări de genul: „Povestește-mi despre familia pe care ai desenat-o ... Unde se află ei? Ce fac ei? Hai să vorbim despre

fiecare personaj din această familie ... Ce rol are fiecare? Ce vârstă? Ce sex? Ce face fiecare? Ce simte, ce gândeşte fiecare? Ce vrea fiecare? Care este cel mai simpatic dintre toţi? Dar cel mai antipatic? Care este cel mai amabil? Dar cel mai puţin drăguţ? Care este cel mai fericit, dar cel mai puţin fericit? Tu pe cine preferi dintre ei?". Se pot de asemenea, discuta situaţii care să provoace proiecţii interesante: „Dacă tata propune o plimbare cu maşina, dar nu este loc pentru toţi, cine e cel care va rămâne acasă?".

În timpul probei se pot observa reacţiile afective ale copilului, mai ales inhibiţiile şi refuzul de a desena sau vorbi despre anumiţi membri ai familiei sau chiar despre sine, jena sau teama faţă de unele personaje, resentimentele, ostilitatea. Se urmăresc oscilaţiile afective, trecerile de la tristeţe la veselie, mânia, nemulţumirile faţă de unele personaje, izolarea şi sentimentul de autodevalorizare sau de insecuritate. Elemente ca egocentrismul şi autocentralitatea, redate grafic prin dimensiunile exagerate, sublinierile şi detaliile suplimentare, precizia grafică a trăsăturilor unor personaje, precum şi estomparea, absenţa, imprecizia desenării altora, pot fi uşor identificate şi decriptate ca semnificaţie. Alegerea culorilor pentru sine şi anumite persoane nu este nici ea întâmplătoare. Desenarea în culori vii, luminoase sau terne, întunecoase, este în directă legătură cu emoţiile şi sentimentele copilului faţă de persoanele desenate, iar preferinţa lui pentru desenul alb-negru ne poate sugera blocajele emoţionale, elemente de depresie, retragere sau lipsă de rezonanţă afectivă, dificultăţi de exprimare a sentimentelor şi trăirilor. În finalul discuţiei, copilul este întrebat dacă este mulţumit sau nu de desenul pe care l-a făcut şi dacă ar dori să schimbe ceva sau să îl mai facă odată, aşa cum i-ar plăcea lui acum. Noul desen poate aduce date suplimentare despre relaţia cu propria familie, despre aşteptările copilului şi speranţele sale. Orice omisiune sau deformare a unui personaj într-un sens sau altul ne aduce date preţioase din punct de vedere al cunoaşterii lumii sale interioare, dar şi al comportamentului său în raport cu aceste personaje ce exprimă simbolic realitatea relaţiilor sale în familie.

O altă posibilitate este reprezentarea grafică a familiei prin simboluri sau animale, pe baza unui exerciţiu analogic. Copilului i se cere să-şi imagineze membrii familiei altfel decât oameni şi să-i deseneze aşa cum doreşte el. Ei pot fi pete de culoare, linii, forme, obiecte sau animale, sau orice l-ar ajuta pe copil să-i reprezinte. Se pot provoca apoi dialoguri între anumite părţi din desen, aflate în contrast sau în opoziţie (o pată colorată poate sta de vorbă cu o pată neagră, un animal mic intră în dialog cu unul mare şi puternic, unul supărat cu unul vesel, unul curajos cu unul fricos etc.). Atunci când o anumită parte din desen este subliniată sau îngroşată, haşurată, i se acordă o importanţă mai mare în interpretare. În acest scop se adresează întrebări ajutătoare copilului pentru a-şi clarifica raporturile şi sentimentele cu elementul simbolic respectiv, după caz: „Ce gândeşte acest triunghi/plantă/animal? Încotro se duce? Ce vrea să facă? Ce i se va întâmpla?" etc. Valoarea acestor tehnici este nu numai diagnostică, ci şi educaţional-terapeutică. Copilul învaţă să-şi comunice mai adecvat şi în mod spontan sentimentele, dorinţele, învaţă să-şi conştientizeze mai clar poziţiile şi atitudinile, dar şi să-i înţeleagă mai bine pe cei cu care intră în contact sau pe cei cu care are dificultăţi de contact şi de comunicare. Efectul constă într-o mai bună socializare şi maturizare emoţională.

Alte modalităţi tehnice de investigare şi terapie cu suport expresiv (pictural, grafic) vin să întregească registrul testelor de desen propriu-zise. Acestea asociază exerciţiile de fantazare, asociaţiile creative şi sugestive cu redarea prin desen sau prin pictură a sentimentelor şi stărilor trăite „aici şi acum", a perceperii spaţiului interior şi a identităţii proprii de către copil. Redăm în continuare câteva dintre aceste modalităţi de lucru expresiv-metaforice:

a) Desenul lumii interioare, din linii, figuri şi culori

Copilul este rugat să închidă ochii şi să pătrundă în lumea lui interioară: „Vezi cum îţi apare lumea ta dinlăuntru. Cum o poţi reda pe hârtie folosind doar linii, curbe şi figuri? Vezi ce culori apar în lumea ta, în spaţiul tău interior ... unde este plasat fiecare lucru şi unde te afli tu acolo. Acum desenează tot ce ţi-ai imaginat ... ".

b) Pictura sentimentelor din acest moment

I se cere copilului să realizeze o pictură cu degetele de la mâini sau chiar de la picioare, care să reprezinte starea lui de acum sau starea lui când e fericit ori supărat (în funcţie de scopul propus). Pictura cu degetele are calităţi relaxante prin angajarea tactil-kinestezică şi oferă satisfacţie şi uşurinţă în exprimarea sentimentelor, în mai mare măsură decât pictura cu instrumente. Culorile alese, fluiditatea mişcării, tonurile şi consistenţa petelor de vopsea oferă indicii interesante privind afectivitatea, în vreme ce modalitatea grafică de exprimare corelează mai mult cu nivelul şi calitatea cogniţiilor (percepţii, reprezentări, idei).

c) Imaginarea şi desenarea unei „tufe de trandafiri" (exerciţiu utilizat de V.Oaklander, 1988, pag. 32).

I se sugerează copilului să închidă ochii şi să-şi imagineze că este o tufă de trandafiri. Pentru ca asociaţiile libere să fie stimulate, psihologul orientează fluxul imaginativ al copilului prin întrebări de genul: „Ce fel de tufă de trandafiri eşti tu? Eşti foarte mică? Eşti foarte mare? Eşti groasă? Eşti subţire? Ai flori? Dacă da, ce fel sunt florile tale, ce culoare au? Ai multe flori sau

câteva? Sunt boboci? Au frunze? Cum arată ele? Cum sunt rădăcinile tale? Sau poate nu ai? Sunt lungi şi puternice sau plăpânde? Sunt răsucite? Ai spini? Unde te afli tu? Într-o grădină, într-un parc, într-un oraş, într-un deşert? Eşti într-un ghiveci sau creşti direct din pământ sau prin ciment? Ce este în jurul tău? Sunt şi alte flori sau tu eşti singur? Sunt copaci, animale, păsări, oameni? Arăţi tu ca o tufă de trandafiri sau ca altceva? Este ceva în jurul tău ca un gard? Dacă da, cum apare el? Sau eşti într-un loc deschis? Cum este să fii o tufă de trandafiri? Cum supravieţuieşti tu? Are cineva grijă de tine? Cum este vremea acum pentru tine?". Apoi, copiii sunt rugaţi să deschidă ochii şi să deseneze tufa lor de trandafiri. Se discută cu ei ulterior, dacă ceea ce şi-au imaginat şi reprezentat prin desen are vreo legătură cu viaţa lor reală. Astfel sunt aduse la lumină o serie de situaţii şi trăiri din viaţa copilului, relevante pentru înţelegerea, evaluarea şi terapia sa, când este nevoie.

d) Desenul serial

Este o metodă individuală de lucru cu copilul cu dificultăţi comportamentale şi de adaptare, practicată de J.A.B.Allan (1988), în scop psihoterapeutic. Metoda este de inspiraţie jungiană şi implică o serie de 12 şedinţe a câte 20-25 minute fiecare, odată pe săptămână, când i se cere copilului să deseneze un tablou, în prezenţa consilierului psiholog. Desenul serial a fost utilizat într-o varietate de situaţii: de la instituţiile de ocrotire, la practica privată de evaluare şi de consiliere în şcoli, dar poate fi folosit şi pentru cunoaşterea şi psihoterapia copilului preşcolar cu probleme.

Încă din 1959 C.G.Jung accentua importanţa analizării desenelor „în serie", de-a lungul timpului, analiza doar a uneia sau două lucrări fiind insuficientă pentru înţelegerea persoanei şi pentru terapia sa. J.A.B.Allan constata că atunci când un copil desenează în prezenţa terapeutului, potenţialul de vindecare este activat, conflictele sunt exprimate şi rezolvate treptat, iar terapeutul poate câştiga o viziune clară şi mai exactă asupra inconştientului copilului. Cadrul cabinetului de consiliere şi ritmicitatea efectuării desenelor în acest cadru, totdeauna la aceeaşi oră, creează un ritual cu funcţie terapeutică - un spaţiu „sanctuar" şi un timp în afara timpului obişnuit. Acestea, împreună cu o alianţă terapeutică pozitivă încurajează creşterea psihică şi transformarea. Din perspectivă jungiană, aceste condiţii activează în inconştient mersul spre vindecare.

„Fantasmele şi imaginile produse astfel simbolizează şi concretizează prin forme tangibile, cum ar fi desenele, dar şi modelajul, punerea în scenă sau povestirea, facilitând astfel creşterea psihică. Hârtia devine astfel, locul sigur în care sunt plasate proiecţiile, în timp ce simbolurile şi imaginile devin recipiente pentru emoţii variate. Astfel, sentimentele pot fi exprimate în siguranţă şi prin aceasta, în inconştient se produc noi imagini, sentimente şi stări. Desenul în

serie jalonează drumul copilului spre pacea interioară, în funcţie de natura traumei sau a conflictului psihologic." (apud. Ch.Schaefer, 1988, pag. 98)

Allan observă că unii copii încep desenul serial prin a produce imagini de suferinţă, alţii imagini reparatorii (ale vindecării), în timp ce alţii vor reda imagini stereotipe în desen.

Unii copii petrec mult timp cu imagini dureroase, în vreme ce alţii se îndreaptă direct spre imagini ale vindecării, părând a nu avea nevoia de a-şi împărtăşi durerea. Alţii apar blocaţi, stăruind într-o ambivalenţă intens conflictuală, între dorinţa de a creşte şi dorinţa de distrugere. Aceste patternuri expresive devin vizibile doar în timp, de aici rezultând natura serială a acestei abordări terapeutice.

Adesea, în desenul serial, un copil poate prezenta o temă simbolică, pe care o reia în mai multe desene, perseverent. Alteori imaginea aleasă se schimbă de mai multe ori, în forma sau în funcţia ei, semn al unei evoluţii, de la violenţă şi distrugere la echilibrare şi funcţionare sănătoasă. Astfel într-un caz citat de autorul menţionat, o fetiţă de 6 ani abuzată sexual, desena constant dormitoare şi băi în care se aflau persoane expunându-şi organele genitale şi angajate în raporturi sexuale. La sfârşitul tratamentului prin desen serial, imaginea dormitoarelor şi băilor se menţine, dar persoanele desenate „dormeau fiecare în patul său, camerele păreau curate şi luminile aprinse".

Utilizarea desenului serial evidenţiază <u>trei stadii principale</u> în aplicarea metodei pe copiii cu tulburări şi dezorganizări moderate. Fiecare stadiu reflectă anumite imagini sau teme tipice.

<u>În stadiul iniţial</u>, între prima şi a 4-a şedinţă desenele reflectă:
- o viziune globală asupra lumii interioare a copilului;
- pierderea controlului intern şi prezenţa sentimentelor de disperare şi deznădejde;
- stabilirea unui raport iniţial cu consilierul, care uneori este încorporat într-un desen în forma simbolică a uriaşului prietenos, pilotului de avion, doctorului sau asistentului.

<u>În stadiul intermediar</u>, de la a 5-a la a 8-a şedinţă, conţinutul desenelor poate reflecta:
- expresia unei emoţii în forma ei pură;
- conflictul între contrarii (rău/bine) şi izolarea sentimentelor ambivalente;
- adâncirea relaţiei dintre copil şi ajutorul său. La sfârşitul acestei faze, copilul foloseşte desenul pentru a comunica direct despre problema dureroasă sau pentru a dezvălui un secret.

<u>În stadiul terminal</u>, de la a 9-a la a 12-a şedinţă, copilul tinde să deseneze:
- imagini care reflectă sensul stăpânirii de sine, al autocontrolului şi valorizării;

- scene ce reflectă o imagistică pozitivă: absența războiului, violenței, luptei, distrugerii;
- simbolul central al sinelui (autoportret, forme de mandale);
- scene umoristice;
- tablouri ce reflectă deplasarea legăturii de atașament de la consilier către alte persoane.

Pentru a exemplifica modul în care poate fi folosită metoda desenului serial în cunoașterea și psihoterapia copiilor, vom prelua de la J.A.B.Allan două cazuri cu probleme severe de comportament în colectivitatea preșcolară și școlară. Exemplele se referă la doi copii, unul de 6 ani și celălalt de 7 ani, care proveneau din familii destrămate.

Băiețelul se mutase de 14 ori în viața lui, iar fetița era abandonată de mama sa, nemaiavând nici un contact cu ea.

Conținutul desenelor pe parcursul terapiei

Desenele din stadiul inițial ilustrează lumea internă a celor doi copii. Băiețelul înfățișează camioane izbind mașini mici, omorând persoane, trecând peste benzile șoselei și făcându-se praf în casele de pe cealaltă parte a șoselei. Desenele fetiței prezintă întreaga lume „în flăcări", vulcani peste tot, cutremure de pământ rupând lumea în bucăți, case aruncate în aer, oameni prinși în ele, rachete și bombe explodând. Tema centrală în ambele cazuri este devastarea și dezastrul.

Desenele reflectă sentimente de deznădejde. Temele primelor trei desene sunt revelatoare pentru efectul traumei legate de incompetența, incapacitatea și insecuritatea copiilor provocate de adulții importanți ai vieții lor. Astfel, lipsa ajutorului transpare clar din desenele fetiței care se reprezintă prinsă într-un munte în timpul unui cutremur. Apar unele încercări rudimentare ale eroilor de a încerca să scape distrugerii sau să facă ceva pozitiv. Oricum, în această fază, forțele distructive sau negative câștigă întotdeauna.

Din comentariul copiilor rezultă că persoanele prinse, ies din munte, dar sunt ucise cu pietre, iar pe șoseaua desenată de băiețel, ciocnirile dintre mașini sunt permanente.

Desenele reprezintă un mijloc de stabilire a contactului inițial cu terapeutul.

Frecvent, copiii folosesc desenele pentru a începe să construiască o relație cu terapeutul. Băiatul a început să deseneze multe elicoptere și aeroplane zburând peste șosea. Apoi el a desenat hărți și labirinturi și a încercat să provoace consilierul pentru a găsi ieșirea: „Pariez că nu știi cum se iese din labirint ...". La rândul ei, fetița a continuat să-i ceară consilierului: „Poți ghici ce am desenat?". Părea că de fapt, în subtext, copiii întreabă: „Mă înțelegi? Știi

ce mi s-a întâmplat? Ești destul de deștept ca să mă ajuți?". Fetița îi cerea totdeauna consilierului să-i scrie numele în fața desenului.

În stadiul intermediar, de la a 5-a la a 8-a ședință, desenele tind să ilustreze următoarele:

Expresia unei emoții în formă pură. Este faza în care anumite sentimente dureroase sunt separate de celelalte sentimente și exprimate în forma pură. De exemplu, băiatul a continuat să deseneze autostrăzi, dar și-a simbolizat depresia lui prin desen: „camionul a dispărut într-o groapă mare, în mijlocul șoselei". Fetița și-a exprimat intensitatea furiei printr-un desen ce înfățișa un uriaș revărsându-și mânia pe gură, iar într-o lucrare ulterioară a reflectat tristețea și mâhnirea ca „o armată a furnicilor care cară o lacrimă uriașă, într-un loc sigur, ca să poată fi spartă fără a răni pe cineva".

O luptă cu sentimentele ambivalente. Desenele următoare au arătat, deopotrivă forțe pozitive sau negative, coexistând ca egale. Astfel, într-un desen, apare un buștean prăbușindu-se la pământ, încărcat cu explozive, dar se previne omorârea în aer a mii de păsări. Într-un alt desen, un copac rău aruncă o suliță spre un erou, dar un om de zăpadă va pune repede un scut între acesta și suliță.

Adâncimea relației cu cel care ajută: consilierul. Acesta apare acum într-un desen ca imagine a ajutorului, a salvatorului. Băiatul a desenat un om într-un elicopter care aduce butuci pentru a repara gropile din șosea, precum și provizii.

Fetița a desenat un uriaș binevoitor care salvează un băiat din inundația care a venit pe pământ, după foc.

Destăinuirea problemelor profunde. Prin stabilirea relației terapeutice, copilul începe să aibe încredere în cel ce-i oferă ajutorul și împărtășește unele gânduri și sentimente profunde. Băiatul își definește starea „sunt trist" și vorbește despre supărarea lui în legătură cu desele schimbări de domiciliu, că i-a fost greu să-și facă noi prieteni, ca apoi să-i piardă și despre teama pe care o încearcă la noul cămin, la grădiniță, la școală. Fetița a desenat un copil care a încercat să se sinucidă pentru că mama lui a plecat definitiv și a comentat că el încă se gândește la sinucidere câteodată. În acest moment important al terapiei, consilierul i-a spus: „Cred că atunci când mama ta a plecat de acasă a fost într-adevăr foarte dureros pentru tine, ca și în momentele în care îți doreai să mori ca să nu mai simți atâta durere. Îmi pare bine că îmi spui despre aceste simțăminte".

Stadiul terminal, de la a 9-a la a 12-a ședință:

Odată ce sentimentele cele mai adânci și mai dureroase au fost exprimate simbolic și destăinuite verbal, ele tind să se miște repede spre rezolvare. Desenele tind să reprezinte:

Imagini ale stăpânirii, autocontolului și valorizării. Pentru băiat, traficul pe autostradă revine la normal, toate mașinuțele și camioanele vor merge lin, benzile șoselei nu sunt încălcate, reparația drumului e terminată, apar chiar turnuri de control pentru a păstra ordinea și „a ține un ochi atent asupra traficului".

Manifestarea imageriei pozitive. Nu mai sunt războaie, conflicte, explozii. Fetița desenează o scenă însorită, cu arbori exotici și zâmbete pe toate fețele.

După o serie de desene în care apar elemente de umor, copiii desenează o linie. Tot acum apar și mandalele, sub forma cercurilor, pătratelor sau triunghiurilor în jurul imaginii centrale. Treptat atașamentul se deplasează de la terapeut către alte persoane, lucru vădit în desene, după cum copiii spun de obicei: „Nu mai vreau să vin aici" și terapia încetează.

Imaginile pozitive interioare au fost restabilite, iar problemele comportamentale nu au mai fost semnalate.

Din studiile cazuistice menționate mai sus rezultă valoarea incontestabilă a desenului serial, nu numai ca mijloc de evaluare a stărilor și problemelor copilului în dificultate, dar și ca un suport terapeutic de excepție. Atragem atenția însă, că utilizarea acestei metode ține în primul rând de competența psihologului analist, cu formație de psihodiagnostician și consilier, a cărui prezență în orice instituție cu profil educațional este o necesitate. Desigur, pedagogii și educatorii pot apela la rândul lor la desene, ca mijloace promițătoare pentru semnalarea unor probleme ale copiilor, pentru exprimarea sentimentelor lor și stimularea comunicării nonverbale, dar nu trebuie să se hazardeze în a interpreta sau provoca discuții irelevante și chiar periculoase prin diletantism. Este bine ca ei să fie deschiși în a colabora cu specialiștii psihologi ai copilului, pentru ca împreună să găsească cele mai adecvate moduri de evaluare și asistență.

e) Desenul liber

Desenul liber este cerut de obicei la începutul terapiei. Copiii doresc mai curând să deseneze sau să picteze ceea ce vor ei decât să li se spună ce să facă. În această manieră, ei ordonează lumea în modul în care doresc și sunt mult mai dispuși să coopereze la instrucțiunile viitoare. Când copiii desenează liber și fără nici o indicație, ei exprimă o parte din propria personalitate, își

eliberează propriile lor sentimente și atitudini care ar fi putut să fie inhibate și ascunse. Această exprimare de sine și această libertate a gândirii și acțiunii sunt de altfel primul țel al intervenției terapeutice.

După ce copilul și-a terminat desenul, terapeutul poate ghida procesul terapeutic pe mai multe căi. De exemplu:

1) Copilul este încurajat să-și verbalizeze gândurile și sentimentele pe care le-a trăit în timpul desenării.

2) Copilul poate realiza o poveste plecând de la desen, poate descrie desenul în propriul său mod.

3) I se cere copilului să descrie desenul ca și când el ar fi desenul, să folosească pronumele personal „Eu". De exemplu: „Eu sunt acest desen. Am linii roșii peste tot și un mic pătrat în interiorul meu.".

4) Terapeutul selectează lucrurile specifice din desen și-l ghidează pe copil să se identifice cu ele. De exemplu: „Fii micul pătrat și descrie-te cum arăți, care este rolul tău, etc."

Pentru a ajuta procesul i se pot pune copilului întrebări ajutătoare: „Ce faci tu?", „Ce ai închis tu?".

5) I se poate cere copilului să realizeze un dialog între două părți din desen.

6) Se încurajează copilul să dea atenție culorilor. De exemplu: „Gândește-te asupra culorilor pe care le-ai folosit. Ce-ți transmit culorile strălucitoare? Dar cele întunecate?".

Toate aceste modalități de lucru terapeutic conduc spre revelarea sinelui copilului și spre autoexprimare.

Urmează apoi munca de identificare, terapeutul ajutându-l pe copil „să se recunoască" ca fiind exprimat prin desen sau prin părți din desen. Se folosesc întrebări de tipul: „Tu te-ai simțit vreodată așa?", „Ai făcut vreodată acest lucru?", „Se potrivește asta cu viața ta în vreun fel?".

Copiii nu-și recunosc întotdeauna problemele. Ei sunt speriați să facă acest lucru și se pot retrage în ei înșiși prefăcându-se că nu aud întrebările terapeutului. Ei exprimă astfel că au nevoie de mai mult timp până să se simtă în siguranță, să se autodezvăluie.

f) Jocul „Desenul unei povestiri"

Este o tehnică creată de Steward Gabel, care combină tehnica Squiggly a lui Winnicott (unde copilul și terapeutul desenează alternativ forme și se întorc la ele acordându-le o semnificație terapeutică) și „Tehnica povestirii mutuale" a lui Richard Gardner.

În acest joc interacțional terapeutul desenează primul o simplă linie pe hârtie și-l direcționează pe copil să traseze alte linii pentru a realiza un desen.

După ce termină, copilul este întrebat: „Ce este acesta?" sau „Ce se petrece aici?" şi se poate porni astfel o discuţie mai îndelungată.

După această fază iniţială, copilul este rugat să traseze primul linia pe foaia de hârtie. Terapeutul apoi încorporează acestă linie într-un desen care este o urmare a desenului copilului şi apare astfel realizată o secvenţă de desene care, eventual, devin o poveste mai completă. Acest proces alternativ conduce la o interacţiune strânsă între terapeut şi copil, dar furnizează şi un bogat material diagnostic şi conduce la o mai bună conştiinţă de sine a copilului.

Când o serie de desene cu o poveste acompaniatoare a fost completată, desenele pot fi revăzute pentru a se accentua morala sau lecţia care poate fi învăţată de aici. Acum este recomandat să i se sugereze copilului să creeze alte finaluri povestirii, finaluri care ar putea fi mai satisfăcătoare.

În acest mod, terapeutul îl face pe copil conştient de noi alternative de a simţi şi a acţiona, de soluţii mai adaptative la probleme sale.

g) Mâzgăleala

Tehnica mâzgălelii, descrisă de Florance Cane (1951), este o metodă neameninţătoare de a-i ajuta pe copii să exprime acele părţi din ei înşişi pe care nu le-ar împărtăşi cu uşurinţă.

Procedura originală cere mai întâi copilului să-şi utilizeze întregul corp pentru a face un desen în aer cu mişcări largi şi ritmice. Apoi, după ce a fost experimentată o libertate a mişcărilor, copilul, cu ochii închişi, transferă aceasta într-un desen pe o foaie de hârtie (mâzgăleală).

Exerciţiul corporal are ca efect eliberarea copilului de inhibiţii şi, în consecinţă, se manifestă o mai mică constrângere în realizarea mâzgălelii pe foaia de hârtie.

Următorul pas, după ce mâzgăleala e completată pe foaie, este examinarea ei din toate unghiurile, găsind formele ce sugerează un desen cu sens. Desenul este apoi completat utilizând acele linii care se potrivesc cu imaginea mentală şi conduc la altele. Produsul final seamănă foarte puţin cu liniile originale de pe foaia de hârtie.

Unii copii pot găsi mai mult de un desen, în timp ce alţii vor contura şi vor colora o singură pictură largă, coerentă. Copiii povestesc despre formele lor sau îşi imaginează că devin aceste forme şi se exprimă în acest fel pe ei înşişi, devenind mai spontani şi mai creativi.

h) Desenarea sentimentelor

Prin reprezentarea grafică a unora din sentimentele lor, copiii le exteriorizează, se confruntă cu ele şi învaţă să le controleze. Câştigarea unui mai bun control emoţional conduce la dobândirea unui mai bun sens al identităţii personale.

Observarea procesului desenării este un aspect crucial al folosirii artei ca instrument terapeutic. Este mai bine ca terapeutul să rămână un observator pasiv, obiectiv, în timp ce copilul desenează. Este dezirabil, ca înainte de a încerca orice interpretare, terapeutul să obţină de la copii cât mai multe informaţii, autointerpretări şi exprimări ale sentimentelor legate de propriile desene.

I.3.2. Alte mijloace expresive în psihoterapia copilului

- *Fantezia*

Tehnicile fanteziei presupun folosirea întregului potenţial imagistic şi ele pot fi îmbinate sau nu cu desenul şi mişcarea fizică. Analiza unei fantezii este o problemă foarte controversată. Se pare însă că pot avea loc schimbări semnificative fără producerea vreunui insight.

În psihoterapia copilului abundă ideile despre fantezie. Odată cu lansarea ideii stimulării emisferei drepte şi a interesului pentru educaţia umanistă s-a produs o proliferare a cărţilor care tratează astfel de subiecte.

Descriem în continuare câteva astfel de exerciţii de fantazare, unele dintre ele regăsindu-se şi în studiile de caz.

Un frumos exerciţiu de fantazare, descris după Violet Oaklander (1988, pag. 16) se numeşte „Lupta".

Copilul îşi imaginează cu ochii deschişi că este un mic vapor în timpul unei furtuni puternice.

„Încearcă să-ţi imaginezi că tu eşti unicul vapor şi explică ceea ce simţi. Vântul este puternic şi încearcă să scufunde vaporul. Valurile îl izbesc cu putere. Vorbeşte-mi despre modul cum diferite părţi ale corpului tău trebuie să lupte cu furtuna.

Cum îţi comunică diferite părţi ale corpului tău dacă vei ieşi învingător sau învins din furtună?

Pe neaşteptate vântul a atacat pentru ultima oară micul vapor şi apoi moare. Vaporaşul a câştigat lupta!

Ce experienţe reale de viaţă ai avut tu, care să fie asemănătoare cu situaţia dintre vântul muribund şi vaporaşul învingător?

Imaginează-ţi că tu eşti micul vaporaş care tocmai a învins furtuna. Ce simţi tu faţă de furtună?

Imaginează-ţi că eşti marea furtună care tocmai nu a reuşit să scufunde vaporaşul. Ce simţi tu faţă de el?

Acum fă un desen despre tine însuţi ca vaporaş într-o furtună."

Din această situație imaginară se desprind informații valoroase despre locul copilului în lumea sa și despre modul cum face el față forțelor exterioare.

Un alt exercițiu care pune în evidență strategiile copilului de a face față obstacolelor este „fantezia zidului" (I.Mitrofan, 1995): „Imaginează-ți că mergi pe un drum și pe neașteptate îți apare în față un zid. Ce faci tu în această situație? Cum îți apare zidul? Ce simți față de el?".

În fantezia „Peștera" apar temerile și conflictele ascunse ale copilului.

„Imaginează-ți că te afli în fața unei peșteri. Peștera are o ușă mare în spatele căreia se află ceva care vrea să iasă. Mergi, deschide ușa și vezi ce se poate întâmpla."

Acest gen de fantezii pot fi continuate cu dialog gestaltist astfel încât copilul să poată deveni conștient de trăirile sale.

Li se poate cere copiilor să-și imagineze că sunt animale și să scoată sunete ca acestea. Apoi să vorbească despre animalul respectiv și să povestească o istorioară despre el.

- *Modelajul*

Materialele pentru modelaj pot fi lutul, plastilina, aluatul, fiecare cu calități diferite.

Lutul oferă atât experiențe kinestezice, cât și tactile. Flexibilitatea și maleabilitatea lutului se potrivesc unei varietăți de nevoi. El pare să spargă adesea blocajele copilului, putând fi utilizat cu succes și de cei care au mari dificultăți în exprimarea sentimentelor. Copiii supărați pot exprima supărarea lor în lut în diverse forme. Cei care sunt nesiguri și fricoși pot simți un sentiment al controlului și stăpânirii de sine prin intermediul lutului. Copilul agresiv poate utiliza lutul pentru a-l lovi și sfărâma.

Un astfel de exercițiu cu lutul este următorul (C.J.Mills, J.R.Crowley, 1986, pag. 69): „Închide ochii și intră în spațiul tău interior. Simte lutul cu ambele mâini pentru câteva minute. Respiră de două ori profund. Acum eu doresc să faci ceva cu lutul, cu ochii închiși. Degetele tale încep să se miște.

Observă dacă lutul pare să dorească să urmeze propriul său drum. Sau poate că tu vrei ca el să urmeze drumul tău. Realizează o formă, o figură. Lasă-te să fii surprins de ceea ce se întâmplă. Vei avea doar câteva minute pentru a face asta. Când ai terminat, deschide ochii și privește la ceea ce ai realizat. Întoarce obiectul și privește-l din diverse părți și unghiuri.

Acum fii această bucată de lut. Tu ești lutul!"

În alte exerciții cu lutul, copilului i se spune să realizeze, cu ochii închiși, un animal, o pasăre, un pește, reale sau imaginare, sau ceva dintr-un vis, ceva ce i-ar plăcea să existe sau să modeleze din lut: familia sa sau

problema sa sau o imagine simbolică despre el însuși sau i se poate cere să facă o poveste, o scenă cu lutul său.

Limita de timp este de trei minute pentru fiecare temă și s-a constatat că aceasta elimină perfecționismul și adesea conduce la rezultate mult mai interesante decât timpul îndelungat.

Modelajul poate fi realizat de un singur copil sau în grup. În acest ultim caz, copiii pot lucra pe o singură bucată de lut sau pe propria lor bucată, asamblând apoi obiectele realizate.

- *Colajul*

Colajul este realizat prin lipirea sau atașarea de materiale de o mare varietate pe hârtie sau pânză. Pot fi utilizate în colaj: hârtie de toate tipurile, variate texturi, lucruri moi și aspre, nasturi, poleială, celofan, cartoane de ouă, capace de sticlă, macaroane, fire de lână, frunze, coji, semințe de toate felurile etc. Se utilizează cu succes pozele decupate din reviste sau cărți, fotografiile.

Un colaj poate fi realizat în multe feluri similar cu pictura și jocul cu nisip.

Copiii pot povesti despre colajul în sine, îi pot da un titlu sau pot povesti despre procesul de realizare a colajului.

Colajul ajută la eliberarea imaginației și poate fi utilizat ca exprimare senzorială și emoțională.

- *Jocul cu nisip*

Este o tehnică terapeutică de sorginte jungiană și simbolul joacă un rol important.

În activitatea sa terapeutică cu copiii și adolescenții Dora Kalff a descoperit analogii între copilărie și dinamismul integrării personalității descris de Jung ca principiul totalității.

Descriem în continuare cum apare jocul cu nisip în vitiunea D. Kalff.

Ea utilizează o cutie de nisip (57x72x7 cm), limitele sale acționând ca factor de reglare și de protecție pentru imaginația celui care se joacă. Jucăriile sunt de o mare diversitate, ele reproducând cam tot ce se poate să existe în jurul copilului.

Jocul în nisip al unui copil poate fi interpretat ca o reprezentare tridimensională a unei situații psihice. O problemă inconștientă se exprimă în cutia de nisip, jucându-se acolo ca o dramă. Conflictul este transpus din viața internă a copilului în viața externă și devine vizibil pentru terapeut. Acest joc al imaginației dinamizează inconștientul și acționează astfel asupra psihicului copilului.

Terapeutul interpretează pentru el însuşi simbolurile apărute în seria de jocuri cu nisip şi în unele cazuri, jocurile sunt explicate copilului prin raportarea la situaţii cotidiene de viaţă, în termeni uşor de înţeles.

Graţie exteriorizării sale prin joc, problema internă a devenit vizibilă şi evoluţia psihică face un pas înainte. Pe de altă parte, structurile jocului şi detaliile sale furnizează terapeutului liniile directoare pentru tratament.

Dora Kalff consideră că, adesea, primul joc lămureşte deja situaţia; el conţine, înlăuntrul simbolului ţelul de atins: realizarea sinelui. După aceea, sunt eliberate energii noi pentru a duce la dezvoltarea sigură a eului.

• *Crearea de poveşti*

Crearea poveştilor este o practică de primă importanţă în psihoterapia copilului. Utilizarea lor în terapie implică: realizarea poveştilor de către terapeut şi povestirea lor copiilor; realizarea poveştilor de către copii; utilizarea unor lucruri care să stimuleze poveştile (cum ar fi picturile, testele proiective, marionetele, desenatul, jocul cu nisip), deschiderea către fanteziile interioare sau utilizarea mijloacelor video sau audio, a microfonului de jucărie sau a unui set TV imaginar.

Din poveştile pe care le realizează copilul, terapeutul este capabil să faciliteze insighturi asupra conflictelor, frustrărilor sau mecanismelor de apărare ale copilului.

Se consideră că poveştile copilului sunt mai uşor de analizat decât visurile, asociaţiile libere şi alte producţii ale adultului.

Problema principală a terapeutului de copii ar fi să utilizeze insighturile sale terapeutice.

Dr. Richard Gardner a creat „tehnica mutuală a realizării de poveşti" (apud. Oancea, 1989, pag. 211).

El cere mai întâi copilului să povestească o istorioară şi este atent la atmosfera şi cadrul povestirii, la reacţiile emoţionale ale copilului atunci când spune povestirea, determină figura sau figurile care-l reprezintă pe copil sau care corespund persoanelor semnificative din mediul său. Apoi Gardner spune propria sa poveste pornind de la aceleaşi personaje, atmosferă şi soluţii iniţiale ca şi în povestirea copilului dar oferă o rezolvare mai potrivită la cele mai importante conflicte. Fiecare poveste se termină cu o lecţie sau o morală derivată din situaţia poveştii. Se încearcă astfel să i se ofere copilului mai multe alternative.

Terapeutul trebuie să deschidă noi căi neluate în considerare în schema de gândire a copilului.

Copilul trebuie ajutat să devină conştient de multitudinea de opţiuni care sunt disponibile să le înlocuiască pe cele înguste, autodistructive, alese de el.

Şi basmele şi legendele oferă un material foarte bun de lucru cu copiii. Ele se referă la emoţiile universale de bază: dragoste, ură, frică, furie, singurătate, sentimente de izolare şi de a fi fără valoare.

Au fost publicate numeroase lucrări cu privire la structura, semnificaţia şi valoarea educativă a poveştilor. Una dintre cele mai cunoscute este cartea lui B. Betelheim (1976) „Psihoanaliza poveştilor cu zâne".

Autorul este de părere că basmele se adresează „eu-lui fraged" al copilului şi favorizează dezvoltarea sa, totodată eliberând presiunile inconştiente şi preconştiente. Tărâmul basmelor îi dezvoltă copilului capacitatea de a-şi construi şi verbaliza trăirile şi proiecţiile, fără să-l primejduiască nici afectiv, nici etic.

Copilul are nevoie „de ceva" care să-l facă să vadă toate avantajele unui comportament conform cu morala, nu prin intermediul preceptelor etice clasice, ci prin spectacolul „aspectelor tangibile ale binelui şi răului" care capătă atunci pentru el toată semnificaţia lor. El poate să înveţe prin basme „că lupta contra gravelor dificultăţi din viaţă este inevitabilă şi face parte intrinsecă din existenţa umană, dar că în loc de a se ascunde, el trebuie să înfrunte în mod ferm încercările neaşteptate şi adesea injuste, trebuie să vină de hac tuturor obstacolelor, sfârşind prin obţinerea victoriei." (op. cit., 1976, pag. 24).

Ch. Vandenplas-Holper (1993) evaluează calităţile poveştilor pentru copii în vederea stimulării socio-emoţionale.

Se urmăreşte analiza poveştilor în funcţie de structura şi conţinutul lor în vederea desprinderii problemelor pe care le abordează personajele prezente în poveste, a valorilor pe care acestea le vehiculează şi cu care lectorul sau auditoriul sunt confruntaţi în final, a modului în care poate folosi terapeutul aceste poveşti pentru stimularea socioemoţională a copilului.

Modul de folosire a poveştii ar fi următorul: copilului cu o anume tulburare socioemoţională i se citeşte o poveste ce abordează o temă care să-l ajute să iasă din situaţia sa. De exemplu, unui copil care este fricos şi nu are încredere în forţele proprii i se spune o poveste în care eroul este învingător, se caracterizează prin curaj şi nu are nevoie de ajutoare exterioare în atingerea scopului. Se aşteaptă ca micuţul să se identifice cu personajul principal din poveste şi să încerce să-l imite.

• ***Lucrul cu basmul***

Din perpectivă psihologică, basmul are o mare valoare ca expresie a unui scenariu iniţiatic. Copiii, fără a conştientiza, refac, generaţie după generaţie, drumul eroului mitologic, care, înainte de a intra în rândul oamenilor

maturi, este supus unui număr de încercări care-i verifică vitejia, înțelepciunea, forța fizică, tăria de caracter,.

Putându-se identifica pe plan imaginar cu eroul basmului, copilul rămâne în universul său infantil și în același timp, se vede în lumina basmului ca și cum ar fi crescut brusc și ar fi învingător.

Structura basmului nu numai că o preia pe cea a riturilor de inițiere, ci, într-un fel, repetă structura experiențelor infantile, care este o succesiune de misiuni și dueluri, de încercări grele și deziluzii. Astfel, el își populează treptat universul cu aliați puternici și dușmani diabolici.

Alt aspect este acela al rezolvării problemelor copilului, educarea manierelor de a face față crizelor sau situațiilor stresante. Prin intermediul basmelor, se consideră că se stimulează înțelegerea de sine și a celorlalți, stabilind relații reciproce semnificative. Basmul stimulează descentrarea copilului, creându-i jocul de perspectivă, care-l face să se pună în locul altuia și să regăsească în altul ceva din el însuși.

Basmul nu acționează doar la nivelul conștientului sau al inconștientului personal, ci și la nivelul inconștientului colectiv.

C.G. Jung a explicitat această influență prin funcția terapeutică a simbolurilor arhetipale, care au rolul de a direcționa energia arhetipurilor din inconștient în conștient.

„Iată de ce este deosebit de important să li se povestească copiilor basme, legende, iar adulților să li se transmită noțiuni religioase. Toate acestea sunt simboluri instrumentale cu ajutorul cărora conținuturile inconștientului sunt preluate de conștient pentru a fi interpretate și integrate.

În lipsa lor, energia arhetipurilor, adesea considerabilă, se îndreaptă spre conținuturi neînsemnate și le ridică însemnătatea până la nivele patologice. Astfel se nasc fobiile, în aparență lipsite de temei, precum și ideile tensionale, idiosincraziile, reprezentările hipocondriace sau perversitățile intelectuale care se pot manifesta social, religios sau politic." („În lumea arhetipurilor", 1994, pag. 184)

Fiind interesată de influența pe care o are basmul asupra copilului, am elaborat o tehnică imaginativă în care copilul realizează o interferență între lumea sa reală și lumea fantastică a basmului.

Am aplicat această tehnică în mod experimental pe 36 de copii cu vârste cuprinse între 5 și 7 ani. Voi descrie în continuare modul de lucru și rezultatele experimentului. (v. E.Vladislav, 1997)

Am folosit basmul popular „Prâslea cel Voinic și merele de aur", cu care i-am familiarizat în prealabil pe copii. Ei au fost puși, individual, în situația de a rezolva imaginativ două situații problematice din viața lor reală, apelând la ajutorul personajelor și obiectelor miraculoase din basm.

Prima situație: „Închide, te rog, ochii și imaginează-ți că ai făcut o năzdrăvănie și ești gata, gata să fi pedepsit (acasă sau la grădiniță). Numai că acum se întâmplă un lucru neobișnuit. Închipuie-ți că unul sau mai multe personaje din basmul nostru pot să vină și să te ajute să scapi de pedeapsă." I se citește lista de personaje pentru a i le reaminti. „Foarte bine, acum, dacă ți-ai imaginat, poți să deschizi ochii și să-mi spui ce personaj ai vrea să vină în ajutorul tău." Pe măsură ce copilul își derulează povestirea, am intervenit cu întrebări care să-l stimuleze să facă asociații: „Ce personaj vrei să vină în ajutorul tău?", „Ce ar face el pentru tine?", „Ar putea el singur să te ajute sau ar veni și alt personaj?", „Acesta ce ar face pentru tine?", „Cu ce obiect fermecat ar veni personajul tău?". I se citește lista cu obiectele miraculoase din basm. „Ce s-ar întâmpla dacă ar veni cu acest obiect?", „Ce ar face cu el?"

A doua situație: „Închide, te rog, ochii și imaginează-ți că ești singur noaptea, în întuneric. Închipuie-ți că poate să vină oricare dintre personajele din basmul nostru să te ajute să nu-ți mai fie frică sau urât." I se citește lista cu personajele din basm. „Foarte bine, acum, dacă ți-ai imaginat, poți să deschizi ochii și să-mi spui ce personaj ai vrea să vină în ajutorul tău să nu-ți mai fie frică." În continuare, investigarea se derulează identic cu cea din prima situație.

Prin analiza de conținut a povestirilor născocite de copii am desprins trei maniere prin care aceștia, aflați în situații problematice, se raportează la conținutul basmelor. Le voi expune în continuare, însoțindu-le cu exemple din protocoalele experimentale.

1) Transpunerea în lumea imaginativă a basmului. Unii copii se identifică cu diferite personaje și dau răspunsuri corespunzătoare. Astfel, băiețelul B.R. se identifică cu Prâslea și ar vrea ca Împăratul să-l ia cu el la palat și să-l lase să-i păzească merele. P.C. se identifică cu Împăratul: „Prâslea și frații lui să-mi păzească pomul cu merele de aur. Să-mi aducă merele de aur. Prâslea să mă ajute să nu-mi fure nimeni merele.".

Fetițele se identifică cel mai des cu fetele de Împărat: „Fratele cel mijlociu să mă ia de nevastă și să trăim într-un palat." (C.A.), „Zmeii vor să mă ia de nevastă, dar Prâslea mă salvează." (I.L.). Alți copii intră în lumea basmului aduși de Zmeu, de Zgripțuroaică sau de Împărat. Zmeii și Zgripțuroaica sunt făpturi fantastice ce fac legătura între „tărâmul nostru" și „tărâmul celălalt". Probabil din această cauză sunt aleși de copii drept vehicule capabile să îi ducă în lumea imaginară a basmului. „Să vină Zmeul. Mă pun pe spinarea lui și mă duc la palatul lui" (B.R.), „Mă duc cu Zmeul în poveste." (V.M.), „Zgripțuroaica să zboare cu mine până la palatul lui Prâslea și să vină înapoi acasă la mine. Împăratul mă duce la el la palat să văd capete de animale sau de Zmei puse pe perete, că n-am văzut niciodată." (N.I.)

2) Transpunerea personajelor din basm în viața reală. S-au constatat două situații: una în care copiii proiectează în personajele din basm persoane din viața lor reală (educatoare, părinți) și cealaltă în care personajele se poartă ca niște persoane reale (sună la ușă, dau telefon, mănâncă mâncarea din frigider). Exemple pentru prima situație: „Zmeul mă pedepsește." (S.A.), „Fratele cel mare să nu mai trimită copiii după bere. Să se ducă el să ia bere, tot ce-i trebuie." (I.L.), „Împăratul mă pedepsește pentru că am înjurat." (M.M.). Exemple pentru a doua situație: „Prâslea și Zgripțuroaica sună la ușă! Mă uit pe vizor întâi, că dacă ar fi cineva și m-ar fura." (S.C.), „Nu pot să-i dau telefon lui Prâslea pentru că el nu are telefon." (V.N.), „Personajele nu au pe unde să vină pentru că am lacăt la ușă." (C.R.).

3) În povestirile copiilor apar dorințele, sentimentele, frustrările lor ascunse.

Exemple în care se observă rolul compensator al imaginației: „Să-mi aducă Prâslea jucării, păpuși, haine. Puii de Zgripțuroaică să mă facă să am o rochie, că îmi place. Când văd că mama mă îmbracă în pantaloni nu-mi place." (I.L.), „Împăratul mă duce la el la palat, mă învață să fac karate." (C.A.), „Prâslea să mă ducă la mare. Acolo e bine, e frumos, nepedepsită pe apă." (V.L.). Interesante sunt răspunsurile a două fetițe în cazul cărora părinții sunt divorțați și ele locuiesc doar cu mamele și bunicii: „Prâslea să mă păzească, să aibă grijă de mine. Tatăl meu e gras și e puternic și stă cu mine când sunt singură, dar nu stă cu mine în casă." (S.I.). Se observă cum tatăl este proiectat în Prâslea. „Îmi imaginez că Fata cea Mare și Fata cea Mică de Împărat sunt mama și sora mea. Mi-aș imagina că Fiul cel Mare este tatăl meu și Prâslea e fratele meu." (B.N.). În ambele cazuri apar dorințele fetelor de a trăi în familii nedezbinate.

Răspunsurile din prima situație problematică mi-au permis să observ care sunt sentimentele copiilor atunci când sunt pedepsiți: „Când vrea mama să-mi dea o palmă sau să-mi facă ceva, Prâslea să o facă să-i fie milă de mine, să nu mai dea cu palma în mine." (N.I.), „Prâslea să-i spună Doamnei educatoare: «Să nu-l mai pedepsiți pe Dani pentru că este un băiețel cuminte.» - Doamna nu știe asta." (I.D.), „Tăticul mă bate în fiecare zi când spun o prostie. Zmeii și Balaurul îl omoară pe tăticu și eu plec cu ei în poveste." (V.M.).

În povestirile copiilor apar idei interesante asupra personajelor mitice. Astfel, Zmeul are și rol pozitiv și rol negativ. Unii cred că Zmeii sunt răi, dar pe ei îi ajută: „Zmeul cel Mic îi spune lui Prâslea ce am făcut eu acasă și el îmi spune să fiu cuminte. Zmeul e rău, dar pe mine mă ajută." (D.O.), „Zmeul e

rău, dar pe mine mă apără. Când vine un hoț să-l împungă cu coarnele." (B.R.). Alții admit că Zmeii sunt și buni și răi: „Zmeul cel Mic și Zgripțuroaica mă apără. Cred că Zmeul ar fi ca un iepuraș. E bun... nu e așa de bun, e și bun și rău, mai face năzdrăvănii." (S.C.), „Zmeii erau răi, dar și frumoși, ca niște oameni, dar răi la suflet." (I.I.). Însă cel mai expresiv răspuns a fost dat de fetița C.A.: „Zmeul e rău, dar mă ajută. El ar veni cu mărul de aur și m-ar transforma în Zmeu. Eu aș face... să-i bat pe oamenii buni pentru că mie mi se pare că sunt răi. Știu că oamenii sunt buni, dar mie, dacă sunt Zmeu, mi se pare că sunt răi.". Reiese de aici că Zmeul face rău din ignoranță. El este rău pentru că i se pare că oamenii sunt răi.

Remarcând că acești copii au scoruri mari la originalitate și lansez următoarea ipoteză: cu cât este lăsat copilul mai liber să-și imagineze, cu cât îi va fi mai încurajată creativitatea, cu atât va fi el mai receptiv la sensul ascuns al simbolurilor arhetipale, în stare să sesizeze atât latura pozitivă, cât și cea negativă a arhetipurilor. În urma analizei rezultatelor experimentului consider că această tehnică imaginativă poate fi utilizată în mai multe moduri:

1) Ca mijloc de diagnosticare a personalității și vieții socio-emoționale a copiilor, a tipurilor de relații părinți-copii, copii-educatoare, jucând rolul unei tehnici proiective.

2) Ca mijloc de stimulare a creativității (demonstrat statistic), creativitatea fiind un garant al sănătății psihice.

3) Ca tehnică psihoterapeutică ce se poate înscrie în rândul celorlalte tipuri de terapie prin metaforă la copii.

Personajele și obiectele miraculoase din basm, privite ca metafore, au două niveluri de înțelegere: a) la nivel conștient sunt prieteni care îi ajută pe copii să depășească situația grea în care se află, b) la nivel inconștient ele funcționează ca resurse și puteri interioare alese de copil să-i vină în ajutor.

- ***Metafora terapeutică***

a. Poveștile metaforice

Un element pe care, atât metafora literară cât și cea terapeutică o au în comun este corespondența (Jaynes, 1976): „Noi trebuie să fim capabili să experimentăm o sincronie imediată între o metaforă și referentul său.".

În metafora literară, corespondența dintre metaforă și „referentul" său trebuie să fie suficient de strânsă ca să evoce simțul unei familiarități imagistice: cititorul trebuie să fie condus în interiorul unei bogății a imaginii, oricât de străină sau îndepărtată ar fi experiența descrisă.

În timp ce descrierea este funcția principală a metaforei literare, țintele metaforei terapeutice sunt modificarea, reinterpretarea, remanierea.

Metafora terapeutică trebuie să evoce atât familiaritatea imagistică a metaforei literare, cât şi familiaritatea raţională bazată pe o înţelegere a experienţei personale.

Povestea, personajele, evenimentele, locurile, trebuie să vorbească despre viaţa obişnuită a celor ce o ascultă şi ea trebuie să aibă un limbaj care să fie familiar.

Pentru a funcţiona în sens terapeutic, este necesar să se creeze ceea ce Rossi numea „porţiune de realitate fenomenologică", în care lumea creată prin metafora terapeutică este experimentată de către copil. Aceasta creează trei căi de relaţionare empatică între copil, terapeut şi poveste, care îi dă posibilitatea copilului să se identifice cu personajele şi evenimentele descrise. Acesta este sentimentul identificării care conţine puterea transformatoare a metaforei (Gordon, 1978).

Copilul trebuie să creeze o punte de conectare personală între sine şi evenimentele din poveste. În metafora terapeutică aceasta este facilitată prin reprezentarea problemei copilului suficient de exact astfel încât el să nu se simtă singur, şi suficient de indirect ca să nu se simtă stânjenit, ruşinat sau rezistent. Odată cu identificarea stabilită între copil şi poveste, sentimentul de izolare al copilului din jurul problemei sale („Nimeni nu are problema mea.") este înlocuit cu un sentiment al împărţirii experienţei („Ei au o problemă ca a mea."). Totuşi conectarea dintre problema metaforică şi problema copilului rămâne insuficient conştientizată, aceasta reprezentând fineţea metaforei terapeutice.

Întrebându-se cum poate crea cineva părţi de realitate fenomenologică prin care metafora terapeutică obţine aceste efecte, J.Mills şi R.Crowley (1986) au pornit de la studierea componentelor basmelor. Ei consideră că basmele sunt un exemplu excelent despre cum metafora poate fi utilizat atât literar cât şi terapeutic. Într-un mod sau altul, multe basme clasice:

1. Stabilesc o temă globală a conflictului metaforic în relaţie cu protagonistul.

2. Personifică procese inconştiente în forma eroilor sau salvatorilor (reprezentând abilităţile şi resursele protagonistului) şi ticăloşii sau obstrucţionări (reprezentând fricile şi credinţele negative ale protagonistului).

3. Personifică situaţiile de învăţare paralele, în care protagonistul este victorios.

4. Prezintă o criză metaforică în interiorul unui context de rezolvare inevitabilă, în care protagonistul îşi învinge sau îşi rezolvă problemele.

5. Dezvoltă un nou sentiment al identificării cu protagonistul ca rezultat al victorioaselor sale „călătorii eroice".

6. Culminează cu o sărbătoare în care este recunoscută vitejia protagonistului. (op. cit. 1986, pag. 65)

Metaforele terapeutice pot fi create prin diverse strategii: preluând teme din poveştile populare sau cele S.F., folosind poveşti originale bazate pe motive din basme şi poveşti originale bazate pe propria imaginaţie a copilului şi a terapeutului.

O altă sursă bogată de creare a metaforelor este experienţa din viaţa reală.

Terapeutul solicită şi utilizează experienţe pozitive ale copilului - hobby-urile sale, filmele, personajele din desene animate, tovarăşii de joacă, animalele, evenimentele, amintirile care au avut efect benefic. Aceste asociaţii plăcute pot funcţiona ca „bilet de intrare" în lumea resurselor interne ale copilului. De asemenea, ele ajută formarea „structurii cadru" (Brink, 1982) a metaforei, utilizând scene, activităţi şi evenimente familiare copilului.

b. Metafora artistică

O altă aplicare a metaforei terapeutice ce se alătură utilizării poveştilor metaforice, integrând sistemele senzoriale şi evocând schimbarea inconştientă o constituie metafora artistică.

Metafora artistică utilizează strategii de desenare, jocuri din carton create de către copil şi dând o altă dimensiune experienţei terapeutice.

Atât metafora povestirii cât şi metafora artistică se focalizează în special pe integrarea funcţionării creierului drept şi stâng pe nivele inconştiente prin abordări multisenzoriale. Deoarece metafora artistică implică utilizarea obiectelor în spaţiu, ea este atât multisenzorială cât şi tridimensională. Aceasta ajută mesajul terapeutic să se exprime în termeni tangibili, fizici. Se transmit astfel într-o expresie exterioară sentimentele şi senzaţiile interioare şi, în acelaşi timp, mintea inconştientă poate exprima şi rezolva problema copilului pe calea reprezentărilor conştiente.

O să ne referim în continuare la două din metaforele artistice descrise de J.Mills şi R.Crowley în cartea lor „Metafore terapeutice pentru copii şi copilul interior" (1986).

Metafora „Cum să faci faţă mai bine suferinţei" (1986, pag. 74) a fost creată pentru a-i ajuta pe copii să facă faţă durerii fizice. Scopul său este de a furniza un instrument artistic prin care: 1) senzaţiile dureroase pot fi obiectivate şi 2) în acelaşi timp se poate avea acces la resursele interioare. Această tehnică, folosită ca adjuvant în demersul diagnosticului şi tratamentului medical nu este utilizată să mascheze durerea, ci mai degrabă să o controleze, să o slăbească şi ajută copilul să se disocieze de ea.

Ea presupune trei paşi simpli în care copilul este pus să deseneze:
1) Cum apare durerea chiar acum;
2) Cum apare starea de bine (lipsa durerii);
3) Cine poate să ajute primul desen să se transforme în al doilea desen.

Aceste desene servesc mai multor scopuri.

În primul rând, ele îl pot ajuta pe copil să se disocieze de durere prin transformarea ei într-o imagine pe hârtie. Rolul încercării de a aduce o imagine vizuală a durerii activează „nivelul secund al conştiinţei" (Rossi, 1972) care-l ajută pe copil să se deconecteze de la simţul durerii.

Al doilea scop este acela că redarea durerii într-o imagine tangibilă dă copilului un sens al cunoaşterii care este în relaţie cu sensul mişcării de la necunoscut la cunoscut. Acesta este un pas important în a ajuta copilul să câştige un simţ al controlului durerii.

Al treilea scop al desenării este de a ajuta să se manifeste sistemul senzorial care este nefolosit de către copil. Copilul bolnav este blocat pe un dureros canal kinestezic.

Toată atenţia copilului este în mod obişnuit centrată pe sentimentul de a fi bolnav. Desenarea modului cum arată durerea ajută să se activeze alte părţi ale creierului, care difuzează atenţia şi furnizează o bogăţie de resurse preţioase.

Al patrulea scop al desenării este unul al puterii de implicare. Prin a-i cere copilului să deseneze cum arată o stare de „mai bine" terapeutul sugerează că „mai bine" există.

Când copilul înţelege şi începe să deseneze, acţiunea sa semnifică că „mai bine" este de asemenea o realitate potenţială. Începe acum să construiasc un „pod" metaforic de la disconfort la confort, utilizând propriul său „medic inconştient". Acest pod este produs în interiorul celui de al doilea desen şi apoi devine real şi concret în al treilea desen, care descrie în mod simbolic abilităţile şi resursele copilului pentru a-l actualiza.

O altă metaforă artistică creată de J.Mills şi R.Crowley este „Terapia prin desen animat". Ei pornesc de la ideea că personajele din desenele animate şi aventurile lor sunt *ipso facto,* simboluri puternice pentru mulţi copii şi de aceea ele pot fi utilizate cu uşurinţă ca alternativă metaforică pentru lucrul cu fricile, anxietăţile, conflictele copiilor.

„Terapia prin desen animat" poate fi utilizată în conjuncţie cu orice altă intervenţie terapeutică.

Astfel, personajul favorit din desenele animate poate fi încorporat într-o povestire metaforică, desenat sau decupat ca scop sau ajutor în „jocul panoului resurselor", transpus într-o marionetă în „jocul magic al marionetelor" sau desenat ca parte din „desenul resurselor interioare".

La nivel conştient, personajele din desenele animate pot deveni importanţi prieteni imaginari ce-l acompaniază pe copil în cabinetul doctorului (Gardner şi Ohness, 1981) sau dau copilului suportul emoţional necesar în relaţia cu „teroarea" şcolii sau îl ajută să facă faţă coşmarurilor.

La nivel inconştient, ajutoarele din desenele animate simbolizează forţele şi resursele interioare, ceea ce explică atracţia copilului pentru un anume personaj.

De exemplu, în cazul unui copil cu coşmaruri, tehnica terapeutică ar putea decurge astfel:
1) Desenează cum arată coşmarul!;
2) Desenează ce personaj din desenele animate te-ar putea face să te simţi în siguranţă!;
3) Cum poate arăta starea ta de mai bine?.

- *Marionetele*

Este mai uşor pentru copil să vorbească prin intermediul marionetei care spune în mod direct ceva ce lui îi vine greu să exprime. Marioneta implică detaşare şi copilul se simte în siguranţă să releve ceva din intimitatea sa în acest mod.

Ca şi alte materiale artistice, marionetele servesc atât în scop diagnostic, cât şi în terapie. În terapie ele pot fi utilizate în diferite moduri: în exerciţii conduse de terapeut, spontan în timpul terapiei sau în teatrul de marionete. Mai jos descriem câteva dintre acestea (V.Oaklander, 1988, pag. 105).

I se poate cere copilului să aleagă marioneta şi să fie vocea marionetei: „Spune de ce ai fost aleasă". Apoi copilul vorbeşte prin „intermediul" marionetei despre sine.

Copilul alege una sau două marionete care-i amintesc de el sau de cineva pe care-l cunoaşte.

În orice situaţie, terapeutul, un alt copil sau chiar grupul îi pot pune marionetei orice tip de întrebare.

Un alt exerciţiu de interacţiune este următorul:

„În timp ce restul grupului priveşte, copilul şi terapeutul sau doi copii aleg câte o marionetă şi acestea comunică nonverbal una cu alta."

Sau:

„Un copil alege două marionete şi ele interacţioneazăă nonverbal, apoi verbal, în timp ce restul grupului priveşte."

Marionetele introduc alte marionete sau alţi copii.

Se constată cum copiii se exprimă mult mai uşor prin intermediul marionetelor şi chiar comunică mai uşor cu marioneta aleasă de terapeut decât cu terapeutul însuşi (mai ales copiii mici).

În teatrul de marionete copiii povestesc istoria lor prin intermediul marionetelor.

Tema poate fi aleasă de către copil sau de către terapeut, care se bazează în alegere pe o anume situaţie problematică în viaţa copilului sau poate realiza un spectacol vesel doar de dragul distracţiei.

Se folosesc o varietate de marionete: un bărbat, o femeie, un cuplu de fete, un cuplu de băieţi, un diavol, o vrăjitoare, un crocodil, un tigru, un bebeluş, un rege, un câine şi multe animale şi păpuşi. Pot fi de ajutor adăugarea: unei păpuşi-doctor, a unui lup, a unor figuri de bunici, a unui poliţist, a unui şarpe.

Copiii nu numai că pun în acţiune situaţiile de viaţă prin intermediul diferitelor marionete, dar ei le identifică cu uşurinţă cu variate „părţi" din ei. Uneori, prin jocul marionetelor, ei sunt capabili să-şi rezolve conflictele interioare mai bine, să le echilibreze şi să integreze multe aspecte din ei înşişi.

- *Terapia prin joc (ludoterapia)*

Jocul continuă să fie una din căile principale de lucru cu copiii în terapie. El ajută la realizarea raportului necesar dintre terapeut şi copil şi poate fi un bun instrument diagnostic.

Poţi observa la copil când se joacă multe lucruri despre maturitatea, inteligenţa, imaginaţia şi creativitatea sa, organizarea cognitivă, orientarea în realitate, volumul atenţiei, abilităţile de rezolvare a problemelor, modurile de a intra în contact şi aşa mai departe. Copilul poate de asemenea să se joace evitând să-şi exprime sentimentele şi gândurile.

Psihanalista M.Klein priveşte jocul ca un tip de reprezentare simbolică a fanteziei inconştientului şi-l interpretează ca atare.

Waelder declară că jocul aduce copilului oportunitatea de a asimila treptat ceea ce în viaţa reală ar putea fi dificil să integreze; iar Erickson numeşte jocul „calea regală de înţelegere a eforturilor ego-ului infantil la sinteză".

Se consideră chiar că jocul este forma copilului de auto-terapie, prin care lucrează adesea asupra confuziilor, anxietăţilor şi conflictelor sale.

În terapie, jocul se poate realiza în acelaşi mod cum se utilizează o poveste, un desen, o scenă din jocul cu nisip, un spectacol cu marionete sau un joc dramatic improvizat.

Violet Oaklander ne împărtăşeşte în cartea sa „Gestaltterapia la copil şi adolescent" manierele în care utilizează jocul în cadrul terapiei (1988, pag. 60).

„Observ procesul copilului. Cum se joacă el, cum se apropie de materiale, pe care le alege, pe care le respinge? Care este stilul său general de joacă? Este organizat sau dezorganizat? Care este patternul său de joc?

Observ conţinutul jocului în sine. Se joacă el după anumite teme? Agresiune? Îngrijorare? Există o seamă de accidente de maşini, de avioane?

Observ modurile de contact ale copilului. Realizează al un bun contact cu sine şi cu jocul când se joacă? Realizează contact între obiecte? Intră oamenii, animalele, maşinile în contact unele cu altele? Se privesc, vorbesc unele cu altele?"

Terapeutul poate direcţiona conştientizarea copilului asupra procesului jocului şi contactului din joc. Îi poate spune: „Pari să fii cam lent"; „Nu te-am observat niciodată să le atingi"; „Acest avion este singur".

Dacă partenerul se repetă în timpul jocului terapeutul poate direcţiona întrebările către viaţa copilului. Îl poate întreba: „Îţi plac lucrurile ordonate acasă?", „Îţi murdăreşte cineva camera?".

I se poate cere copilului să se oprească la orice punct al jocului şi să-l repete, să accentueze sau să exagereze acţiunea sa.

Sau i se poate cere să se identifice cu orice om, animal, obiect şi apoi se aduce situaţia înapoi la copil şi la viaţa sa.

„Te-ai simţit vreodată ca această maimuţă?"

„Te-ai simţit vreodată îngrămădit?"

„Te-ai aflat vreodată într-o luptă ca aceşti doi soldaţi?"

Se produce un nivel de integrare tocmai prin exprimarea situaţiilor, sentimentelor, anxietăţilor în mod deschis. Integrarea se produce atât prin exprimarea deschisă, ce poate fi simbolică sau directă, cât şi prin experimentarea de către copil a situaţiei de joc în siguranţă, într-o atmosferă permisivă.

- *Dramaterapia*

Dramaterapia este o formă de psihoterapie a copilului în care spontaneitatea jocului dramatic ca şi intervenţiile terapeutului ajută copilul să se exprime, să înţeleagă şi să lucreze asupra conflictelor sale, să producă insight-ul şi schimbarea. Prin utilizarea mijloacelor expresive cum ar fi păpuşi, marionete, material senzorial, jucării care evocă imagini nonverbale şi schematice, copiii cu tulburări sunt ajutaţi să ajungă la învoială cu dificultăţile lor.

R.Gardner, creatorul „tehnicii povestirii mutuale" a observat cum în timpul povestirii, copiii doreau în mod spontan să gesticuleze, să intoneze, să joace anumite roluri şi cum într-adevăr, dramatizarea sporeşte eficacitatea tehnicii.

El crede că terapeutul însuşi trebuie să aibă libertatea de a se rostogoli pe podea, de a imita diferite animale etc. Terapeutul trebuie să poată juca mai multe roluri în acelaşi timp şi să aibă capacitatea de a fi simultan actor, regizor, scenarist, coregraf.

Dramatizarea îmbogăţeşte comunicarea terapeutică şi poate servi la antrenarea copilului în tratament. În acest caz, importantă nu este transmiterea mesajului verbal, cât mai ales a stimulilor nonverbali (fizici, kinestezici, vizuali, tactili, olfactivi şi uneori gustativi). „Astfel, expunerea multisenzorială sporeşte semnificativ şansele ca terapeutul să fie auzit şi ajută ca mesajul să fie recepţionat." (Schattner, Courtney, 1981, pag. 211).

În dramele creative, copiii pot dezvolta o conştiinţă totală de sine-corp (prin mişcări corporale şi expresie facială, simţuri, imaginaţie, intelect). Ei joacă părţi din ei înşişi şi pe măsură ce joacă devin mai conştienţi de ei înşişi, mai implicaţi, mai reali. Activitatea jocului dramatic serveşte de asemenea să transmită ideile şi fanteziile ascunse. În dramaterapia de tip gestaltist sunt prezente exerciţiile de conştientizare senzorială, pantomima şi la un nivel mai înalt improvizaţiile dramatice în care intervine şi limbajul verbal.

Se consideră că pantomima simplelor imagini senzoriale utilizând expresiile vocale şi mişcările corpului în afara cuvintelor, intensifică conştientizarea senzorială. La un nivel mai complex pantomima poate implica exprimarea acţiunii şi interacţiunii prin intermediul mişcării corporale, comunicarea sentimentelor şi dispoziţiilor, dezvoltarea personajelor, jucarea unei poveşti, totul în afara cuvintelor.

Copiii care au participat deja la mai multe experienţe pantomimice vor adăuga cu uşurinţă limbajul verbal în jocul dramatic.

Terapeutul poate observa cum îşi utilizează copilul corpul, observă rigiditatea sau uşurinţa mişcărilor. Vede astfel în mod clar încurcăturile copilului, ariile în care dezvoltarea sa a rămas în urmă, nevoile sale.

Sunt importante, în aceeaşi măsură, atât procesul jocului dramatic, organizarea şi desfăşurarea sa, cât şi conţinutul ce reiese din joc.

La terminarea unor exerciţii dramatice creative îl putem întreba pe copil despre ceea ce s-a întâmplat, ce a fost pentru el, ce simte el acum etc.

Violet Oaklander gândeşte însă că experienţa în sine determină schimbarea, nu discuţia. „Copilul experimentează diferite situaţii de joc, conştientizează diferite părţi din ei, într-un mod ce poate fi dificil să-l exprime în cuvinte." (op. cit., pag. 40)

Jocul de rol direct şi inversarea rolurilor sunt tehnici dramatice ce pot fi utilizate în terapia copilului. În prima situaţie copilul se joacă pe sine (îşi joacă propriul rol) faţă de o altă persoană care joacă un alt rol.

În a doua situaţie, eroul dramei joacă rolul celui care i se opune în viaţa reală. Astfel se produce rapid şi eficient conştientizarea, copilul se vede pe sine cu ochii altora şi învaţă să se pună în situaţia altuia.

În gestaltterapie este prezentă tehnica scaunului gol. Ea a fost creată de Fritz Perls ca un mijloc de provocare a unei conştientizări importante şi aduce mai multă claritate în munca terapeutică. Se lucrează atât asupra situaţiilor

prezente, cât şi a celor neterminate din trecut şi a celor proiectate pentru viitor, toate fiind aduse „aici şi acum".

Pe scaunul gol pot fi puse diferite persoane din viaţa copilului, „părţi" din personalitatea sa sau simboluri ale altcuiva. Tehnica scaunului gol este un ajutor în clarificarea unei sciziuni şi polarităţi din personalitate, o clarificare care este esenţială în procesul de centrare. Perls a creat jocul „câinele de sus" şi „câinele de jos" utilizabil şi în terapia copilului, în care pacientul joacă pe rând cele două „părţi" ale eului aflate în opoziţie, prezentând şi argumentând punctele lor de vedere.

Tehnica poate merge mai departe, pacientul proiectând în poziţiile 3, 4, 5 alte părţi ale eului său. Astfel, aflat în poziţia 3, el îşi comunică impresia pe care i-a făcut-o dialogul dintre poziţiile 1 şi 2, ce gândeşte şi simte despre situaţiile create.

Cu cât înaintează în poziţiile 4, 5 şi chiar 6 pacientul exprimă remarci şi impresii ce sporesc în conştientizare şi obiectivitate.

Acest exerciţiu al metapoziţiilor nu numai că determină un echilibru interior mai bun, ci pune în valoare capacitatea imaginativă şi oferă conştientizarea faptului că se poate aborda o problemă din multiple poziţii, efectul imediat fiind activarea resurselor interioare.

În sistemul terapeutic al lui Perls se pune un accent important şi pe analiza viselor, „diferitele părţi ale visului nu sunt altceva decât părţi ale personalităţii noastre".

În general, visele servesc o varietate de funcţii pentru copii. Ele pot fi expresia anxietăţii - lucruri care-i nelinişteşc. Ele pot exprima sentimente pe care copilul se simte incapabil să le exprime în viaţa reală. Ele pot descrie dorinţe, trebuinţe, fantezii, întrebări şi curiozităţi, atitudini.

În gestaltterapie scopul este de a-l ajuta pe copil să înveţe despre el şi despre viaţa sa prin intermediul viselor sale.

Copilul poate juca diferite „părţi" din vis, poate angajeza un dialog sau poate descrie cadrul visului. Terapeutul trebuie să fie atent la respiraţia, postura, expresia facială, gesturile şi inflexiunile vocii copilului. Însă el nu analizează şi nu interpretează visul. Numai copilul singur poate deveni conştient de ceea ce visul încearcă să-i comunice.

Modalităţile artterapeutice pot fi combinate cu cele dramaterapeutice în cadrul demersului terapeutic.

Eleanor C.Irwin şi Judith A.Rubin prezintă în cartea "Drama in Therapy" (1981, pag. 197) un experiment în care au introdus un număr de combinaţii de tehnici artterapeutice pentru a-i ajuta pe copii să-şi pună în valoare fantezia. Astfel copiii trebuiau să creeze o poveste pornind de la un desen, după care să pună în scenă povestea. Altădată li s-a cerut copiilor să realizeze o lucrare artistică pornind de la o dramatizare.

În cadrul experimentului, un timp arta a fost folosită în interesul dramei și drama în interesul artei, în timp ce amândouă, arta și drama, au fost folosite în serviciul copilului, lărgindu-și aria mijloacelor de autoexprimare.

Concluzia la care au ajuns autorii a fost că „este artificial să se facă distincții, să se creeze bariere între cele două modalități terapeutice. Mai degrabă, pare natural și corect să permitem copiilor să-și urmeze propriile impulsuri pentru exprimarea de sine într-o varietate de moduri. Liberi, utilizând ambele modalități terapeutice, copiii se angajează într-un joc simbolic și fantezist de o intensă naturalețe, care le este de ajutor în exteriorizarea și lucrul cu propriile dificultăți." (op. cit. 1981, pag. 206)

- *Tehnici de mișcare și de dans*

Dacă copiii devin deconectați de la corpurile lor, ei își pierd simțul de sine și nu au acces la o mare parte din senzațiile fizice și la emoțiile lor. De aceea, este nevoie să utilizăm în terapie metode pentru a-i ajuta pe copii să-și cunoască corpul, să se simtă confortabil cu el, să se folosească de el într-un mod natural.

În terapie, mișcările corporale servesc unor scopuri variate: eliberarea de energie și tensiune, deblocarea emoțională, dezvoltarea sensibilității către sine și către alții, creșterea conștientizării corporale, dezvoltarea spontaneității.

Copiii cu insecuritate, anxioși, au blocaje la nivel corporal și o respirație superficială. În cazul lor exercițiile de mișcare se îmbină cu cele respiratorii prin care sunt învățați să respire profund, amplu.

Copiii hiperactivi nu au un sentiment de control al corpului lor. De aceea, exercițiile de mișcare corporală sunt foarte importante pentru ei.

Exemple de exerciții de mișcare:

1. Folosindu-ne de diferite tipuri de muzică, îi cerem copilului să își miște mai întâi fiecare parte a corpului și apoi corpul în ansamblu, să realizeze un dans al lui, care să-l reprezinte.

2. Îi sugerăm copilului să realizeze diferite tipuri de mers: să-și imagineze că merge pe gheață, pe nisip fierbinte, pe nisipuri mișcătoare, prin ploaie, pe iarba plină de rouă etc.

3. Copilul poate imita diferite animale: se mișcă ca ele, încearcă să se simtă ca ele.

4. Uneori putem să-i cerem copilului să exagereze o anumită mișcare sau gest și îl întrebăm ce mișcare particulară îi amintește sau ce-l face aceasta să simtă. Astfel, poate asocia respectivei mișcări situații din viața sa.

5. Știut fiind faptul că fiecare emoție are un contrapunct fizic (oricând suntem înspăimântați, furioși sau bucuroși, mușchii noștri reacționează într-un anume fel), sunt utile exercițiile prin care îi cerem copilului să exprime corporal diferite emoții.

Se poate utiliza următoarea metodă (V.Oaklander, 1978, pag. 233):

„I se cere copilului să inventeze o poveste în care, de exemplu, i se întâmplă ceva unui copil și acesta devine apoi foarte mânios. Îi sugerăm să fie el acest copil din poveste, să se miște prin cameră pentru a-și exprima sentimentul de mânie și să realizeze un dans al mâniei."

6. Jocul statuilor poate fi utilizat cu succes într-un grup de copii, astfel:

a) un copil „îngheță" într-o statuie, iar un altul ghicește ce vrea să exprime statuia.

b) copiii se mișcă pe muzică și când muzica se oprește, „îngheață" într-o statuie și spun apoi ce emoție exprimă prin statuile lor.

I.3.3. Gestalt–terapia la copii

1. Integrarea polarităților prin metaforă și mișcare corporală

Un copil este foarte îngrijorat de distorsiunile din el, cât și de distorsiunile celorlalți adulți pe care-i cunoaște. Orice copil este derutat atunci când simte ură, răutate față de persoana pe care, de fapt, o iubește. El este uimit atunci când o persoană pe care o considera curajoasă, puternică și protectoare se simte în anumite contexte situaționale slabă și neajutorată.

De asemenea, copilul începe să-și pună întrebări, începe să aibă probleme în a-și accepta anumite părți ale sinelui, pe care nu le place sau pe care părinții, și uneori profesorii, le critică. Orice admonestare, orice mustrare „sapă" un dezechilibru, o disonanță internă în personalitatea copilului, încă fragilă și nestructurată, față de care copilul nu are mecanisme de contracarare sau de neutralizare; pur și simplu nu știe cum să reacționeze, cum să-i facă față.

De exemplu, dacă părinții îl acuză de hedonism, în momentul în care preferă să se joace în loc să-i ajute la alte activități (gospodărești, de pildă) copilul se va întreba dacă nu cumva este egoist și leneș. El va încerca să „fugă" de aceste părți, lărgind prăpastia dintre eu-rile polare. Acesta este „drumul" către alienarea de sine.

O dezvoltare dinamică și sănătoasă a vietii presupune o integrare, o reconciliere, o sinteză a părților opuse, pozitive și negative, ale unei persoane.

In gestaltterapia copilului este bine ca și copilul să înțeleagă rolul și caracterul inerent al polarităților în personalitate. Părțile opuse pot fi reliefate în sentimentele pe care copiii le cunosc: dragoste/ură, tristețe/bucurie etc.

Există multe tehnici care se centrează pe aceste polarități. Amintim aici doar câteva dintre ele, deoarece ele au fost descrise mai sus.

Desenul

I se cere copilului să deseneze anumite obiecte care produc bucurie, şi altele care produc tristeţe, sau să deseneze starea sa atunci când este relaxat şi apoi atunci când se simte încordat, tensionat. Copiilor mai mari li se poate sugera să schiţeze eul, sinele atunci când se simt slabi sau când se simt puternici.

Modelajul

Copilul poate modela din plastilină sau din lut starea sa aşa cum o vede el din interior, iar apoi aşa cum crede că apare în faţa celorlalţi; aceasta este o modalitate adecvată pentru a descoperi discrepanţa dintre cele două imagini, cea a sinelui interior şi cea a sinelui exterior.

Tema „stil şcoală"

Copilul, mai ales dacă este elev, poate realiza o reprezentare a părţilor sale oponente. În tehnicile de psihosinteză se găsesc multe metode de a ajuta clientul să-şi identifice părţi variate ale sinelui, metode numite subpersonalităţi.

Un astfel de exerciţiu implică repetarea întrebării „Cine sunt?" şi notarea fiecărui răspuns aşa cum apare el. De exemplu, „Sunt un muncitor convins şi conştiincios.", „Sunt leneş", „Mi-e teamă de înălţime", „Sunt un bun înotător.".

Examinarea acestor răspunsuri furnizează informaţii despre anumite părţi ale unei persoane şi reprezintă un punct de pornire spre explorarea sinelui.

Un alt exerciţiu este desenarea unei plăcinte, care ulterior să fie împărţită în mai multe segmente; în fiecare segment este apoi trecut un cuvânt care reprezintă o parte a sinelui. Demersul poate continua cu un dialog dintre copil şi fiecare parte a sa, pentru a clarifica cerinţele, conflictele etc.

Metafora

Rolul psihoterapeutic al metaforelor este cunoscut din cele mai vechi timpuri, utilitatea lor fiind incontestabilă, chiar dacă mecanismele profunde şi complexe de acţiune a metaforei nu sunt bine elucidate. Metafora este una din căile de imersie în inconştient, de destructurare şi restructurare profundă a personalităţii, de deblocare şi activare a resurselor interioare. (I.Mitrofan, 1997)

Formele sub care se utilizează metaforele în psihoterapie sunt: afirmaţiile cu caracter metaforic făcute de pacient, povestirile cu caracter

metaforic, producţiile imaginative, metaforice şi acţiunile sau ritualurile metaforice.

De asemenea, metafora poate fi un mijloc de comunicare între terapeut şi clientul său, cu atât mai mult dacă acesta este copil; şi aceasta deoarece metafora este un veritabil liant, prin ea terapeutul şi clientul se conectează afectiv, cu efect direct asupra implicării clientului în procesul terapeutic.

În lucrul cu copiii cel mai des se utilizează ritualurile metaforice, care rezultă dintr-o îmbinare a tehnicii jocului de rol cu realizarea de poveşti şi povestiri metaforice, fie de către terapeut, fie de către copil (această ultimă situaţie fiind cea mai benefică). Copilul este stimulat şi încurajat să intre în rolurile personajelor imaginate de sine, care nu sunt altceva decât părţi ale personalităţii sale, de multe ori polare, care necesită concilierea şi integrarea.

Deoarece copiii sunt mai sugestibili decât adulţii, este bine ca, în stare de hipnoză, să se adopte tehnica povestirilor terapeutice metaforice, care îl va ajuta pe copil să-şi recunoască problema şi să găsească modalităţi rezolutive pentru ea.

În cazul copiilor, cea mai profitabilă este, deci, combinarea, într-o manieră creativă, a acestei tehnici valoroase cu alte tehnici psihoterapeutice. Totuşi, având în vedere caracteristicile gândirii copilului (magică, animistă, predominant metaforică), este bine ca în terapie accentul să cadă pe metaforă.

Mişcarea corporală

Mişcarea este considerată a fi unul din simţurile noastre. Pentru Lise Liepmann mişcarea sau percepţia kinestezică reprezintă o senzaţie de atingere internalizată, este ceea ce simţim atunci când muşchii, tendoanele şi articulaţiile funcţionează.

În general, modul în care stăm sau în care ne mişcăm, felul în care ne folosim corpul şi îl îmbunătăţim sunt subiecte importante atât pentru adult, cât şi pentru copil, atât în psihoterapie, cât şi dincolo de aceasta.

În ceea ce-l priveşte pe copil este evident că îşi foloseşte în totalitate corpul. Putem urmări cât de atent îşi examinează copilul mâinile şi degetele şi mai târziu, alte acte produse de corpul sau: ciupitul, aruncarea, scăparea, rotirea, rostogolirea. Atunci când copilul va dobândi o capacitate mai bună de a-şi controla mişcările fine va apuca lucrurile cu degetul mare şi cu cel arătător.

Copilul pare să dispună de o energie nelimitată şi de posibilităţi motrice multiple, de aceea execută toate activităţile corporale cu mai multă preocupare şi cu mai viu interes. Copiii sunt dintr-un anumit punct de vedere mai perseverenţi decât adulţii. Dacă apar probleme, nu renunţă, vor încerca repetat până, în cele din urmă, vor avea succes.

Este posibil ca, la un moment dat, în copilărie să se întâmple ceva care să blocheze acest proces. Poate fi o boală, sau intervenția părinților, sau plânsul copilului frustrat în timp ce părintele nu știe ce să facă.

Se pot întâmpla multe lucruri care să restricționeze corpul unei persoane. Atunci când copilul intră la școală se dezvoltă spiritul competitiv, iar copilul se abține să mai facă ceea ce alții se așteaptă ca el să facă. De exemplu, se va abține să mai plângă și-și va contracta mușchii într-un anumit fel, își va strânge umerii, sau își va lăsa capul în jos pentru a se apăra de atacuri, de cuvinte sau pentru a-și ascunde manifestările corpului.

Deconectarea de corpul lui îl va face pe copil să piardă sensul sinelui, ca și puterea lui fizică și morală. (v. A.Lowen, "The Language of the Body", 1971)

De aceea acești copii trebuie ajutați să-și redobândească corpul, să-l cunoască, să se simtă bine cu el, să învețe să-l folosească.

Respirația este un aspect foarte important al conștientizării corpului. Teama, frica, emoția determină o respirație superficială. Spre deosebire de aceasta, respirația adâncă are efecte pozitive asupra părților corpului. Acest lucru se poate explica prin relația existentă între oxigen – anxietate - stare de excitare: cu cât o persoană este mai excitată cu atât are mai multă nevoie de oxigen. Respirația adâncă împrăștie anxietatea și face loc sentimentelor plăcute.

De asemenea, jocul este foarte important, pentru că modul de manifestare corporală din timpul jocului developează aspecte ale personalității.

Fiecare emoție se asociază cu o mișcare corporală. Astfel se explică relația dintre afectivitate și motricitate. De multe ori ne abținem în a ne manifesta natural, iar dacă această „ținere în chingi" se repetă, în timp vor apărea tulburări emoționale.

Copiii învață funcționarea mușchilor lor în momentul în care sunt puși să-și exprime emoțiile. De asemenea, aceasta este o cale pentru a descoperi alte modalități de a se exterioriza, dar și de a învăța să-și nuanțeze exprimările emoționale.

Există multe modalități prin care un copil poate fi convins să-și exprime trăirile emoționale. Un exemplu este realizarea unei povestioare în care unui copil i se întâmplă ceva rău, care-l enervează foarte tare, după care i se spune copilului: „Fii acel copil! Arată-mi cum ești tu supărat! Inventează un dans nervos!".

Conștientizarea, înțelegerea și acceptarea părților sinelui permit o întărire a sinelui și o mai mare autodeterminare.

2. Specificul relației terapeutice în psihoterapia copilului

Din punct de vedere al activității predominante și specifice, vârsta copilăriei este vârsta jocului, cu tot ceea ce are ea caracteristic. Faptul că un antepreșcolar preferă să se joace mai mult cu adultul, că un preșcolar mic caută copii de vârsta sa, îmbogățindu-și jocul cu obiecte a căror întrebuințare este o continuă surpriză, indiferent dacă este joc individual, în diadă sau în grup, dincolo de caracteristica sa (jocuri cu roluri, sau cu jucării sofisticate, jocuri cu reguli, sau în care „regula" este spontaneitatea), jocul este pentru copil **sursa și resursa energetică.**

Jucându-se, copilul află cine este el, cine sunt ceilalți, învață să diferențieze în interiorul său, să se experimenteze pe sine, să exploreze, să decanteze experiențele și să le unifice prin găsirea unor puncte comune. Prin joc copilul se construiește pe sine.

Jocul este „oglinda" vieții interioare, psihice a copilului. Așa cum în unele terapii accentul cade pe verbalizare, ca activitate transformatoare, tot așa în terapia copilului jocul este mijloc de imersie în lumea lui, este modalitatea de delimitare a cadrului comun, a relației terapeut-client (copil), dar mai ales este forța restructurării și programării în sens evolutiv.

În orice om există un copil, copilul care a fost efectiv, care a trăit și care continuă să ne îmbogățească în viața adultă. În psihologia vârstelor se vorbește despre „adultizarea copilului", ca fiind o tendință cu conotații negative. Poate ar trebui să vorbim și despre „infantilizarea adultului", de această dată cu conotații pozitive: tendința de a coborî în noi înșine și a păși către copilul din noi, așa cum este el, cu nevoi, cu temeri, dar și cu dorințe, cu resurse, cu naturalețe.

Maturizarea nu înseamnă asfixierea copilului din noi, nici ascunderea lui, nici fuga de el. Maturizarea începe prin a stabili un contact sănătos și real cu copilul din noi. Ea implică dezbrăcarea pentru un timp a veșmântului prea scorțos, uneori, al adultului și mișcarea liberă în veșmântul lejer și degajat al copilului. Intoarcerea spre copilul din noi, contactul cu el pentru pacifizare și reunificare, dar și revenirea la noi înșine este un proces la care majoritatea renunță, fiecare din alte motive: de la lipsa de timp până la lipsa de interes față de propria persoană și personalitate. (v. I.Mitrofan, „Terapia unificării", 2000)

Pentru a intra în contact cu un copil trebuie să-i oferi o oglindă a sa, să lași copilul din tine să se împrietenească cu el, pentru că după cum știm, doi copii interacționează mult mai sincer, mai deschis, și mai natural, chiar dacă s-au cunoscut în urmă cu două secunde. Trebuie să-ți lași copilul să se comporte liber, așa cum își dorește el, așa cum de la el ar trebui să luăm exemplu. Aceasta este singura modalitate de a intra și de a te menține în cadrul copilului, în lumea sa.

Rămânând în acelaşi spaţiu metaforic al „oglinzii" şi al "oglindirii" putem spune că terapeutul îi oferă clientului său o oglindă, asistându-l în demersul său de autoexplorare, premisă a transformării. În cazul în care clientul este un copil, oglinda terapeutului, ca adult, este inadecvată, ca dimensiuni, ca strălucire, este altceva. Clientul aşteaptă să se vadă într-o oglindă potrivită cu sine, iar **pentru clientul-copil „oglinda" este copilul-terapeut.**

Copilul are **cadrul său**, lumea sa, universul său, în care el a investit şi care este valoros pentru el. Schimbarea în terapia copilului trebuie iniţiată şi pregătită din interiorul cadrului copilului. Acesta este primul pas.

Odată ce ai pătruns în lumea lui trebuie să fii la fel ca el. Spiritul deschis şi sincer al copilului posedă un „simţ olfactiv" care îl ajută să-şi dea seama dacă vrei să-i impui sau să-l evaluezi, dacă eşti sincer sau dacă simulezi. Şi acest lucru poate chiar mai repede decât un adult. Nu numai că va şti, dar va reacţiona în consecinţă, pentru că sinceritatea este o caracteristică a vârstelor mici. Orice atitudine lipsită de autenticitate atrage după sine o expulzare imediată, uneori iremediabilă, din lumea lui.

Logica lui, cognitivă sau sentimentală, este una foarte specială pentru că este foarte vie, colorată, neobişnuită, fascinantă. Cadrul copilului trebuie nu numai acceptat, dar mai ales valorizat, pentru că în el se află „sâmburele" responsivităţii terapeutice şi al eficienţei terapiei.

Contactul dintre copilul din noi şi cadrul copilului din faţa noastră devine pilonul principal al procesului terapeutic, pentru că metoda şi tehnicile terapeutice se sprijină pe canalul energetic stabilit între client şi terapeut, şi fără de care metoda şi tehnica sunt inerte.

Intrarea în lumea lui înseamnă a-i prelua „elemente" din inflexiunile vocii, din expresivitatea corporală şi mimică, din spiritul ludic, din trăirea emoţională. Acestea sunt în strânsă conexiune cu cele mai profunde resurse ale personalităţii, dar şi cu conflictele sale. Odată preluate, acestea vor fi convertite în energie tranformatoare şi-i va fi transmisă înapoi copilului pentru a-şi construi propria sa reconversie. **Contactul real, adânc şi firesc cu copilul este cel care dă forţă tehnicii terapeutice.**

Când lucrezi cu copiii, dintr-o dată totul este posibil, te afli într-un vulcan metaforic care poate erupe oricând. Dar lava lui este foarte preţioasă, pentru că te ghidează în demersul terapeutic. Spiritul ludic al copilului şi al terapeutului leagă, unifică, într-o dublă direcţie: terapeutul cu copilul, dar mai ales copilul cu sine însuşi.

CAPITOLUL II Incursiune în universul simptomatologic şi psihoterapeutic al copiilor. Studii de caz.

Experienţa noastră ne-a condus la câteva observaţii relevante pe cazuri clinice în care am aplicat tehnici de psihoterapie expresivă şi gestaltterapie (E.O.Vladislav, 1996-1997, 2000).

În primul rând, ne-au interesat motivele pentru care copilul este îndrumat spre psihoterapie.

Copiii aflându-se aproape întotdeauna într-o poziţie de strictă dependenţă faţă de părinţi, şcoală sau autorităţi, nu se prezintă spontan la consultaţii, ci sunt aduşi de către alţii, în urma unui şir de incidente, conflicte latente sau manifeste. Puţini părinţi solicită ajutor psihologic pentru copiii lor în cazul în care aceştia prezintă uşoare elemente simptomatice în comportament. Cei mai mulţi se îndreaptă spre cabinetul de psihoterapie atunci când situaţia începe să fie foarte dificilă, uneori insuportabilă, atât pentru copii, cât şi pentru părinţi. Chiar dacă părinţii nu sunt direct afectaţi de comportamentul copilului, ei trăiesc disconfort, anxietate sau simt că trebuie să facă ceva în această privinţă.

Uneori părinţii îşi aduc copiii la terapie pentru că aceştia au suferit incidente traumatice (abuz, molestare, accident, moartea sau îmbolnăvirea cuiva drag) şi doresc să fie siguri că sentimentele trăite de către copii nu-i vor copleşi şi nu vor avea efect negativ pe termen lung.

Cei care îndrumă adesea copiii spre psihoterapie sunt medicii care selectează cazurile ce au nevoie de ajutor psihologic.

Doar în mod ocazional copiii se adresează ei înşişi psihologului şi ei sunt mai ales adolescenţi.

Din interviul preliminar, atât cu părinţii, cât şi cu copilul şi din evaluarea psihologică am desprins obiectivele demersului terapeutic. Tehnicile expresive folosite în procesul terapeutic relevă permanent noi informaţii cu privire la pacient. De aceea, obiectivele se pot modifica pe parcursul procesului terapeutic.

Iniţial, am desprins trei tipuri de obiective:
- din perspectiva părintelui;
- din perspectiva copilului;
- din perspectiva terapeutului.

În integrarea şi aprecierea informaţiilor despre tulburarea copilului, am ţinut cont de remarca lui L.Kanner că diverse manifestări „anormale" descrise

de către părinți în plângerile lor, nu reprezintă de fapt simptome strict obiective pe care trebuie să le luăm ca atare, ci descrieri încărcate de un mare grad de subiectivitata. Manifestări ca obrăznicia, irascibilitatea, agresivitatea și nesupunerea nu reprezintă întotdeauna veritabile manifestări dizarmonice ale copilului, ele sunt de cele mai multe ori expresia unei relații necorespunzătoare între părinți și copil.

De aceea, expectațiile și dorințele părinților constituie doar o parte a obiectivelor procesului terapeutic.

Pentru copii, aducerea la cabinet semnifică de cele mai multe ori un moment de mare tensiune, de criză, ei fiind prezentați ca „vinovați" în fața autorității. Această poziție de dependență, de inferioritate, de culpabilitate și teama de măsuri neplăcute generează o serie de manifestări de intensitate variabilă cum ar fi plânsul, refugiul în tăcere, aroganța sau conformismul exagerat.

A fost necesar să creăm o atmosferă caldă, empatică, în care i-am ajutat pe copii să-și expună problema din punctul lor de vedere, să-și exprime sentimentele, gândurile și credințele față de această situație. Printr-un dialog cald, suportiv și prietenos, în care copilul simte că este acceptat și valorizat, se desprind obiectivele terapiei, așa cum apar ele din perspectiva copilului.

Știut fiind faptul că terapia psihologică presupune existența relației între terapeut și client, a fost necesar ca din dialog să reiasă scopurile și obiectivele comune care să ghideze întâlnirile terapeutice dintre mine și copil.

Obiectivele terapeutice din perspectiva noastră ca terapeuți au decurs pe de o parte din poziția teoretică pe care ne situăm și pe de altă parte, din analiza datelor obținute din anamneză, interviul preliminar și diagnosticul psihologic. Am constatat că între cele trei tipuri de obiective există grade diferite de apropiere și depărtare, ele tinzând să se apropie din ce în ce mai mult pe măsură ce se avansează în procesul terapeutic.

În studiile de caz de mai jos prezentăm strategia și demersul terapeutic, motivând alegerea diferitelor tehnici, precum și efectele obținute, ilustrând cu secvențe din dialoguri și desene ale copilului.

Secvența finală a studiului de caz va fi acordată discutării câștigurilor terapeutice. Se poate vorbi de efecte de suprafață, direct observabile și manifeste în comportamentul copilului și efecte de profunzime cu acțiune latentă, la nivelul dezvoltării personalității acestuia și care se instalează abia după un oarecare interval de la sfârșitul curei terapeutice.

Principalul câștig, înregistrat în toate cazurile clinice asistate, este îmbunătățirea capacității de exprimare și conștientizare a trăirilor interioare, câștig implicat chiar de folosirea tehnicilor expresive și gestaltiste, din perspectiva terapiei experiențiale a unificării (I.Mitrofan, 1999, 2000).

II.1. Andrei – un tic vocal sau tuse psihogenă

Andrei are 9 ani, este în clasa a III-a și a fost adus la cabinet de către mama lui din cauza unui tic ce apărea ca o tuse deranjantă pentru el și pentru cei din jurul lui (familie și colegi de școală).

Acest tic apăruse în urmă cu două luni după o răceală și nu a fost descoperită nici o cauză somatică în urma analizelor.

Din anamneză reiese că părinții au divorțat în urmă cu trei ani, Andrei asistând la multe certuri dure între părinți. Tatăl era alcoolic și își molesta soția. În prezent părinții sunt iarăși în proces pentru că tatăl îl pretinde pe Andrei.

Băiatul este foarte speriat de perspectiva de a locui cu tatăl său și trăiește momente de panică ori de câte ori acesta dă telefon.

Andrei mai are o soră mai mică cu trei ani pe care nu o poate suferi pentru că i se pare că seamănă fizic cu tatăl. Copiii sunt în permanent conflict și mama are tendința de a-l proteja mai ales pe băiat pentru că este „bolnav".

În interviul preliminar, Andrei mi-a spus că el tușește ca să-și dreagă vocea. Simte o presiune în gât care-l apasă și atunci nu mai poate vorbi. El uită ce a vrut să spună înainte să apară tusea și spune, adesea, anumite lucruri „când nu trebuie".

El are tendința de a vorbi încet și prezintă unele dificultăți de exprimare și de comunicare.

La școală are rezultate bune, fiind un copil cu intelect peste medie și silitor.

Din „desenul omului" reiese că este fixat pe mamă și pe trecut, este introvertit, egocentric, activ și imaginativ. Desenul mai indică și tendința de a fi impulsiv, nevoia excesivă de securitate afectivă și nevoia unui suport solid.

Un prim obiectiv al demersului terapeutic, ținând cont de situația familială tensională ce nu poate fi încă rezolvată, a fost acela de a-l ajuta pe Andrei, prin tehnici expresive, să-și exprime sentimentele și poziția sa față de tic, iar prin lucrul imaginativ pe metaforă și simbol am intenționat să-l ajut să se deschidă spre noi căi de rezolvare a conflictului interior.

<u>În prima sesiune</u> l-am rugat să-și deseneze simptomul, motivul pentru care i-a apărut, cum apare gâtul lui atunci când are tusea și cum apare atunci când aceasta va dispărea, precum și cine îl ajută să scape de tensiunea din gât.

A desenat o pată galbenă ca o floare cu cinci petale care spune că îi acoperă corzile vocale atunci când apare tusea. Simptomul este provocat de două mâini de bărbat, care-i blochează gâtul și nu-l lasă să vorbească. Cea care îi vine în ajutor este o mână bună care se luptă cu mâinile (și ea îl scapă pe Andrei de tensiunea din gât). (v. note - desenul 1)

Am folosit o tehnică de fantazare rugându-l pe copil să închidă ochii, să intre în spaţiul său interior şi să-şi imagineze lupta dintre cele trei mâini. El descrie foarte implicat şi nuanţat această bătălie şi spune că mâinile rele sunt închise într-un pătrat în interiorul gâtului (camerele lor) şi prin faptul că trag de colţurile pătratului se formează simptomul.

I-am sugerat să-şi imagineze o lumină albă care vine şi mângâie muşchii gâtului ajutându-i să se destindă. Aceasta vine în ajutorul mâinii bune.

După ce şi-a imaginat acest lucru, băiatul a semnalat apariţia unor „lumini negre" pe care l-am sfătuit să le ignore.

Întrebându-l ce s-ar întâmpla dacă ar învinge mâinile cele rele, Andrei mi-a spus că el ar mai putea să vorbească foarte puţin, dar el crede că o să învingă mâna cea bună în final.

L-am rugat să le întrebe pe mâinile cele rele dacă au ceva împotrivă să-l ajut pe Andrei să se vindece. După un moment de tăcere, el mi-a răspuns că acestea sunt indiferente faţă de orice intervenţie din afară şi stau închise în camerele lor. Însă mâna bună vrea să o ajut. Ea are nevoie de ajutor pentru a învinge.

În continuare, folosind tehnica fantazării, Andrei a reprodus o nouă discuţie între cele două tipuri de mâini. Din dialogul lor au reieşit următoarele idei:

- mâinile rele au apărut prima oară după o răceală, dar le-a mai simţit când făcea tatăl său scandal în casă;
- mâinile rele nu doresc să-l lase pe Andrei să se vindece, ele vor să-l determine să nu mai poată vorbi;
- presiunea din gât este un pătrat care ar vrea să închidă mâna cea bună.

După ce l-am pus să-şi imagineze lumina albă ce-i detensiona gâtul, Andrei a declarat că mâinile rele ar putea deveni şi bune.

Am considerat această idee de transformare ca un prognostic bun pentru terapie.

<u>În următoarea sesiune</u> mi-a spus că nu mai tuşeşte aşa de des, ci mai mult îşi drege vocea. Are dese conflicte cu sora mai mică. Bunica spune că Andrei plânge din orice.

Legat de „lucrul pe metaforă", copilul mi-a spus că nu mai simte mâinile aşa puternic pe gât.

Sesiunea aceasta nu am mai lucrat cu imaginarea luminii albe, şi am mers pe ideea transformării mâinilor.

Terapeut: „Imaginează-ţi cum mâinile rele devin uşoare, foarte uşoare, se îndepărtează de gâtul tău ca nişte aripi de culoare gri deschis, se îndepărtează din ce în ce mai mult până dispar."

Am ales această culoare pentru că se ştie că are efect sedativ.

L-am sfătuit să folosească acest exerciţiu al îndepărtării mâinilor de gât ori de câte ori simte vreo presiune în gât şi vrea să-şi „dreagă" vocea.

Apoi am realizat împreună un desen prin tehnica cooperării şi l-am rugat pe Andrei să realizeze o poveste plecând de la acest desen. A numit-o „Povestea animalelor".

Pe scurt, povestea era despre o răţuşcă pe care o urmărea un lup ce vroia să o mănânce. A salvat-o însă un răţoi. În final, răţuşca a scăpat uşor vătămată (câteva pene rupte) din ghearele lupului şi s-a ales şi cu un prieten.

Andrei a dovedit că are imaginaţie şi simţul umorului şi găseşte soluţii de rezolvare la situaţii conflictuale.

<u>În sesiunea următoare</u>, Andrei a elaborat o nouă poveste după un desen realizat prin tehnica cooperării, care se numea „Copilul şi măseaua".

Aici copilul nu vroia să meargă la dentist, însă l-a dus tatăl lui cu forţa şi totul s-a sfârşit cu bine.

Am lucrat din nou exerciţiul imaginativ cu mâinile ce se depărtează de gât şi tehnica haşurării, prin care l-am pus pe Andrei să-şi imagineze că odată cu linia trasă cu creionul pe foaie se eliberează de tensiunea din gât care se scurge prin mână până în vârful creionului. A simţit cum, pe măsură ce haşurează, gâtul său devine din ce în ce mai degajat şi detensionat.

I-am spus să facă acest exerciţiu de haşurare ori de câte ori îi vine să-şi dreagă vocea.

<u>În sesiunea următoare</u> îşi simte gâtul liber, degajat şi îşi drege vocea din când în când. A făcut un desen care reprezintă această situaţie (v. note - desenul 3).

I-am spus să deseneze patru copaci: unul fericit, unul trist, nemulţumit, altul speriat şi în sfârşit unul mulţumit (v. note - desenele 4, 5, 6 şi 7).

Am realizat apoi împreună un joc expresiv de identificare cu copacul.

Notez în continuare elemente din dialog:

Terapeut: „Fii un copac fericit. Ce simţi?"
Andrei: „Am fructe, frunze."
T: „Fii acum un copac trist. Ce simţi?"
A: „Sunt singur, mai uscat, nu am frunze şi fructe."
T: „Ce simţi când eşti un copac speriat?"
A: „Copacul e speriat de vânt, pentru că nu a mai văzut vânt până acum. Mi-e frică, frig, mă simt rău."
T: „Dar un copac nemulţumit ce simte?"
A: „E nemulţumit de roadele lui care sunt stricate!"
T: „Şi copacul mulţumit ce simte?"
A: „I s-au copt roadele."

T: „Bun. Acum fii din nou copacul bucuros. Imaginează-ţi că vine furtuna. Ce simte copacul?"
A: „Este foarte supărat şi îi e teamă, se îndoaie din cauza vântului." (Face gesturi de îndoire şi se mişcă din mâini şi din trunchi.)
T: „Să ne imaginăm că trece furtuna acum. Ce simte copacul?"
A: „Este speriat şi trist că are impresia că ceilalţi copaci din familia lui au fost doborâţi."
T: „Uită-te în jurul tău şi caută-ţi familia. Ce simte copacul?"
A: „Se înveseleşte treptat pe măsură ce îi vede pe ceilalţi din familia lui."

Prin acest joc expresiv de fantazare şi mişcare am urmărit să-l determin pe Andrei să exprime diferite stări afective şi să treacă, la nivel metaforic, prin procesul de îmbolnăvire şi vindecare. Am pus în evidenţă sprijinul pe care i-l oferă membrii familiei, care nu vor să-l părăsească. Andrei încă se mai temea că tatăl va câştiga procesul şi-l va lua de lângă mama lui.

Într-o altă sesiune a desenat o familie. Membrii familiei erau: un băiat de 20 de ani, mama şi tata (v. note - desenul 8).

A realizat apoi o povestire după desen pe care o redau mai jos pentru că mi se pare semnificativă pentru modul cum apar sentimentele lui Andrei faţă de membrii familiei sale.
A: „Cei trei sunt pe stradă şi maşinile vin să-i calce. Ei sunt speriaţi de moarte. Maşina îi calcă. Cel mai rău îl loveşte pe tată care este speriat cel mai tare. El nu scapă. Pe ceilalţi doi nu-i loveşte maşina.

Şi băiatul, şi mama se simt liberi, parcă ar fi ieşit dintr-o cuşcă. Ei pleacă acasă şi pe tată îl lasă pe stradă călcat de maşină. Ei se uită la TV. Au pus pe cineva să înregistreze cum a murit tata şi se uită la casetă. Cel de la volan nu o să fie pedepsit. A plecat de la locul faptei şi nu mai este de găsit.

Băiatul nu mai avea fraţi sau surori. Nu-i plăcea să aibă nici o soră şi nici un frate. Abia a scăpat de un nebun şi nu mai vroia un alt nebun. Vrea să fie singur. E mai fericit aşa. Vrea ca mama să-l iubească numai pe el."
T: „Ce s-ar întâmpla dacă ar avea un frate sau o soră?"
A: „Mama nu l-ar mai iubi. L-ar iubi numai pe cel mic. Pe tată îl înmormântează. Copilul şi mama sunt fericiţi."

I-am dat ca temă pentru acasă să continue exerciţiul de degajare a gâtului şi să realizeze printre colegii lui de clasă un „reportaj" cu titlul: „De ce este bine să ai fraţi?", pe care să-l discutăm şedinţa viitoare. Nu s-a arătat prea entuziasmat, dar a acceptat ideea.

Într-o altă sesiune i-am indus o stare de relaxare profundă. A lucrat şi tehnica „oglinzilor paralele" de origine NLP.

I-am spus să-şi imagineze că este aşezat pe un scaun şi are în faţă şi în spate câte o oglindă. Privind oglinda din spate el se vede pe sine dregându-şi

vocea şi stresat. L-am pus să-şi imagineze că respectiva imagine devine tot mai ştearsă, mai estompată, mai lipsită de culoare, tot mai mică şi se depărtează tot mai mult.

Apoi îşi imaginează că priveşte în oglinda din faţă unde apare imaginea dorită: nu-şi mai drege vocea, nu mai simte tensiune şi nervozitate. Această imagine devenea tot mai mare, mai colorată şi mai strălucitoare şi în final el se identifică cu această imagine.

I-am sugerat, după ce a revenit din relaxare, să facă exerciţiul celor două oglinzi, de 2-3 ori pe zi, timp de două săptămâni. Am urmărit astfel să lucrez direct pe dispariţia simptomului care mi s-a părut că putea fi privit şi ca un comportament învăţat şi întărit.

Nu am mai continuat lucrul pe matafora.

Mâinile rele au dispărut. Andrei mai simte încă tensiune şi greutate în gât, parcă mâinile ar fi lăsat-o acolo, „ca o flegmă".

Ultima sesiune a fost după vacanţa de vară. Mi-a povestit foarte volubil cum a petrecut, pe unde a fost şi nu şi-a dres vocea niciodată în cabinet.

Mama mi-a spus că îi mai revine ticul atunci când este pus să-şi facă temele.

Deoarece am simţit că progresul terapeutic a atins un plafon, şi cum ticul nu mai era deranjant şi se diminuase mult şi avea pe de altă parte şi un efect secundar de a atrage şi afecţiunea mamei, am încheiat aici demersul terapeutic, urmând să revină la cabinet după o perioadă de timp mai îndelungată.

Concluzii:

În cazul lui Andrei, procesul terapeutic a decurs pe o perioadă de aproape 5 luni şi a cuprins în special lucrul pe metaforă şi simbol, tehnici de expresivitate prin desen şi povestire.

Problema cu care venise iniţial la cabinet s-a diminuat considerabil, însă nu a dispărut complet, datorită stresului generat de procesul părinţilor.

Câştigurile terapeutice constau într-o mai bună capacitate de exprimare şi comunicare, detensionare şi scădere a anxietăţii şi a stării de nervozitate.

II.2. George – un caz cu balbism

George are 14 ani, este în clasa a VIII-a şi are balbism tonicoclonic. Urmează tratamentul logopedic de două luni. Balbismul s-a accentuat în ultimul an şi tot în această perioadă de timp au apărut şi mişcări din cap disconfortabile, prezente în momentele în care nu poate pronunţa anumite cuvinte mai grele. Când nu poate să pronunţe un anumit cuvânt, băiatul se

blochează, intră în panică şi recurge la semne cu mâinile pentru ca să comunice cu ceilalţi.

George se bâlbâie mai puternic atunci când are emoţii, este nervos sau prea obosit. Are tendinţa să vorbească prea repede.

El este inteligent, comunicativ, prezintă o uşoară anxietate de a vorbi în public şi este motivat pentru terapie.

Atât tatăl, cât şi bunicul din partea tatălui sunt balbici.

Mama are faţă de băiat o atitudine criticistă, hiperprotectoare şi este foarte cicălitoare.

În schimb, relaţiile cu tatăl şi sora mai mare sunt bune, bazate pe înţelegere.

Obiectivele demersului terapeutic, acceptate atât de către părinţi, cât şi de copil au fost următoarele: reducerea nivelului de anxietate, eliminarea mişcărilor capului şi antrenarea de a vorbi mai calm şi mai controlat.

Demersul terapeutic a inclus în special tehnici de relaxare şi pentru reducerea anxietăţii am utilizat tehnica imaginaţiei dirijate, tehnici gestaltiste de conştientizare şi lucrul cu metafora. În timpul relaxării, George a vorbit cu voce tare pentru a asocia vorbirea rară, clară, cu starea de calm şi relaxare.

Notez în continuare însemnări din şedinţele mai importante, din lumina progresului terapeutic.

În prima sesiune i-am indus o stare de relaxare profundă, cu imaginea unui loc în care se simte bine, relaxat, calm.

Terapeut: „Descrie tot ceea ce vezi, auzi şi simţi."

George: „Stau pe zăpadă. O simt rece, primitoare. Văd telecabina deasupra mea, schiori ce coboară pârtia. Este la Poiana Braşov ... Încep să cobor şi eu, întâlnesc un hop, îmi sare un schi din picior."

T: „Ce simţi acum?"

G: „Mă sperii şi mi-e frică. Apoi recuperez schiul şi cobor iar."

Am punctat siguranţa de sine şi controlul de care a dat dovadă pentru a-şi recupera schiul.

George descrie cum ajunge jos ultimul. Colegii lui vor să mai facă o tură. El nu mai vrea, simte teamă şi de atunci îi este teamă de schi.

L-am pus să trăiască din nou coborârea „acum şi aici" şi să descrie ce simte când i se desprinde schiul.

G: „Simt groază, frică." *(Pulsul i se accelerează, retrăieşte situaţia în mod autentic.)*

T: „Din ce cauză s-a desprins?"

G: „Legătura nu era bine prinsă."

T: „Oricui i se poate întâmpla să nu aibă legătura la schi bine prinsă. Nu este vina ta. Ce s-a întâmplat mai departe?"

G: „Prind schiul din mers, îl fixez pe picior."

T: „Auzi legătura cum se prinde de picior. Cum te simţi?"

G: „Bine."

T: „Ai dat dovadă de siguranţă de sine, curaj şi control. Poţi să fii mulţumit de acest lucru. Cum simţi schiul în piciorul tău?"

G: „Îl simt sigur."

T: „Te simţi sigur pe picioarele tale, încrezător, mulţumit ... Descrie-mi mai departe."

G: „Cobor cu o viteză foarte mare, îi întrec pe colegii mei. Ajung primul jos. Colegii mei mă felicită pentru modul cum am reuşit să-mi recuperez schiul şi mă roagă să-i învăţ şi pe ei."

T: „Îi înveţi şi pe ei?"

G: „Vreau să fie secretul meu. Vreau să fiu cel mai bun."

T: „Cum te simţi acum?"

G: „Fericit, mândru de mine."

T: „Urcă din nou cu teleschiul şi coboară panta din nou."

G: „Am urcat. Încep să cobor. Ajung la hop. Nu-mi mai este frică. Îl trec, ajung cu bine jos. Mă simt fericit."

T: „Trăieşte această stare de fericire şi simte-o cu întregul corp."

G: *Oftează, se vede mulţumirea pe faţa sa.*

În continuare, George a mai descris încă două situaţii imaginare din care a reieşit: neîncrederea în sine, dorinţa de a fi cel mai bun, rezolvarea imaginară a unor frustraţii din viaţa reală, dorinţa de a i se acorda consideraţie de către colegi. Timp de o oră, cât a durat relaxarea, bâlbâiala a dispărut complet.

În următoarea sesiune, George a afirmat că se bâlbâie mai tare şi în situaţiile în care se ceartă cu anumiţi colegi. Atunci se simte neajutorat.

În stare de relaxare, l-am rugat să aducă în prezent o situaţie conflictuală cu colegii.

Mi-a descris o situaţie din clasa a VII-a.

L-am rugat apoi să descrie situaţia din nou, cu mai multe amănunte, să vorbească la timpul prezent şi să spună de fiecare dată ce simte.

După ce mi-a descris mai amănunţit ceea ce s-a întâmplat, dialogul a urmat astfel:

Terapeut: „Acum retrăieşte situaţia pas cu pas, dar aşa cum ai vrea tu în momentul acesta să se întâmple. Este normal pentru George cel de atunci să simtă ură şi mânie pentru colegul lui, dar nu şi pentru George cel de acum.

Îl rog pe George cel de acum să-i transmită lui George cel din clasa a VII-a cum să retrăiască evenimentele pentru a avea un efect pozitiv asupra lui."

George: „Merg la banca prietenului meu. Îl întreb de teme. Nu şi le făcuse, ca de obicei. Mă împinge în glumă. Noi glumim aşa des. Nu mă supăr. Intru în

colegul meu ce se află la cuier, care se lovește de niște haine. Mă împinge și el ușor. Nu mă lovesc de bancă. Îi cer scuze pentru că l-am lovit.

El spune că mă iartă, dar să nu se mai întâmple altă dată. Colegul îmi zâmbește în timpul orei. Îi zâmbesc și eu. În pauză vorbim ca niște prieteni. Mă simt fericit."

După revenirea din relaxare:

G: „Mâine mă împac cu prietenul meu."

Adaug aici că după cearta din clasa a VII-a, George nu mai vorbise cu colegul lui de clasă.

Am urmărit prin acest dialog de factură gestaltistă recuperarea energiei blocate de nerezolvarea acestui conflict din trecutul pacientului.

<u>În următoarea sesiune</u>, am introdus lucrul pe metaforă.

În starea de relaxare, George și-a imaginat că este la munte și se simte relaxat, fericit.

Terapeut: „Observă că în dreapta ta este o pantă de munte pe care știi că trebuie să o urci. Acest versant este drumul vindecării tale. Descrie cum urci această pantă și ce simți."

George: „Îmi pregătesc instrumentele de escaladare. Bat două piroane în stâncă, mă agăț de ele și încep să urc. Uneori îmi mai alunecă piciorul, dar îmi revin, merg mai departe... Când bat un piron, cade piatra în jos..."

Îl încurajez să remedieze situația și să urce și mai sus.

G: „Când mai am o treime până în vârf nu mai pot să urc, intru în panică."

Observ acum că începe să se bâlbâie și i se accelerează pulsul.

T: „Încearcă să depășești această stare de panică. Strânge coarda mai bine pe lângă tine, caută să-ți găsești o poziție mai sigură și mai comodă și după ce te afli în siguranță, privește în jurul tău și observă ce anume te sperie."

G: „În jos e abrupt și o parte din mine nu mă lasă să merg mai departe, iar o altă parte din mine vrea să urc."

T: „Întreb-o pe acea parte din tine ce nu te lasă să mergi mai departe de ce vrea acest lucru."

G: „Îi este teamă că am să cad."

T: „Cine este acea parte din tine?"

G: „Este formată din toate incidentele din viața mea pe care le mai țin minte sau pe care le-am uitat."

T: „Să înțeleg că această parte se teme de un nou eșec?"

G: „Da."

T: „Din cele ce mi-ai spus am înțeles că în tine se află o parte care este formată din toate incidentele din viața ta urmate de un eșec și care vrea să te protejeze de un nou eșec și s-o numim Apărătoarea, și o parte care vrea să învingi, partea Vindecătoare, care te îndeamnă, te susține să mergi mai departe. Amândouă îți vor binele, fiecare în felul său. În tine mai există o parte Creativă, care

răspunde de găsirea de noi soluții la situația problematică în care te afli tu acum.

Te rog să le inviți pe cele trei părți din tine în subconștient și roagă-le să negocieze o soluție la situația problematică în care te afli, care să le convină tuturor. După ce au găsit soluția, s-o transmită minții tale conștiente care s-o pună în aplicare."

G: „Cele trei părți au găsit soluția să merg mai departe și chiar dacă alunec, să încep să urc din nou, până ajung în vârful pantei."

T: „Ce simți acum când ai ajuns în vârf?"

G: „Fericire. Mă simt un învingător."

T: „Trăiește starea de fericire și fii conștient de calitățile pe care ți le-ai pus în evidență în acest urcuș: perseverență, curaj, încredere în tine, dorința de a te vindeca și ele vor fi ca niște resurse care te vor susține în evenimentele din viața de zi cu zi."

Și în această sesiune, George a lucrat metaforic asupra fricii sale, reușind să se elibereze de ea.

<u>În următoarea sesiune</u>, am revenit, în timpul relaxării, la imaginea pantei de munte.

George mi-a relatat că vârful muntelui este mai jos, mai mic decât prima oară.

I-am spus să descrie urcușul și să-mi comunice ceea ce simte.

El se implică în fantazare, descrie cum se trage de rădăcinile plantelor și trăiește fericire, simte vindecarea foarte aproape.

I-am spus să retrăiască impasul pentru că mai are de învățat ceva din acest eveniment și să personifice cele două părți care i-au apărut în ședința anterioară.

Partea ce vrea să urce este „un tânăr de 18 ani care mă încurajează să urc și să continui drumul. Acesta vorbește perfect și sunt eu la 18 ani.".

Partea care îl trage în jos este un copil de 11 ani „care îmi zice să mă duc înapoi că voi da greș, să nu fie un alt eșec. Sunt tot eu la 11 ani, vârsta când am căzut în prăpastie și când bâlbâiala s-a agravat și a apărut ticul.".

„Prăpastia e o gaură în mine creată de oboseală, de stres, de supărare, care la 11 ani s-a adâncit și s-a lărgit și m-a făcut să cad în ea."

Terapeut: „Vorbește-mi de această supărare pe care o simțeai la 11 ani."

George: „Mă supăram pe profesori când îmi dădeau note mici, și mai erau desele certuri dintre părinți."

T: „Ce înseamnă pentru tine vârsta de 18 ani?"

G: „Vârsta când mă voi vindeca, voi scăpa de liceu, când o să mă odihnesc, o să fie o perioadă foarte lungă."

T: „Lasă cele două părți din tine să intre în dialog."

G: „Cel de 11 ani vrea să rămână la starea aceea de oboseală, de stres, pentru că s-a obişnuit cu ea. Cel de 18 ani vrea să-l facă şi pe cel de 11 ani să se odihnească, să se simtă bine şi el şi îl învaţă să privească spre viitor, spre bine.

Apoi mă vor lăsa să-mi continui drumul, să ajung în vârf."

T: „Cum se simte George cel de 14 ani acum?"

G: „Un pic mai odihnit. Cel de 18 ani l-a învăţat să nu o mai bage în seamă pe mama când îl ceartă."

Prin dialogul celor trei părţi din el, George a lucrat pe de o parte asupra stresului trăit la vârsta de 11 ani şi pe de altă parte, şi-a exprimat trăirile negative pe care le are faţă de mama sa, precum şi modul în care vede el ieşirea din situaţie. Vârsta de 18 ani reprezintă pentru el şi eliberarea de sub tutela părinţilor, din mediul familiei conflictual care, după părerea lui, îi menţin bâlbâiala şi disconfortul zilnic.

<u>În sesiunea următoare</u> apare ca principală problemă mişcarea din cap.

George mi-a explicat cum se ajută de această mişcare să pronunţe anumite sunete, mai ales consoanele. Îşi simte muşchii gâtului contractaţi, îi este jenă, se gândeşte că ceilalţi râd de el.

L-am introdus pe George în relaxare, prin imaginarea scurgerii tensiunilor din corp şi mi-a spus că muşchii gâtului continuă să rămână încordaţi, la fel ca atunci când se bâlbâie şi dă din cap. Simte panică.

Întrebându-l cum simte panica a ales să o descrie în termeni vizuali: are formă ovală, este mare, clară, se aşează în tot corpul, are culoarea maron-roşcat.

Am utilizat o tehnică NLP de transformare a caracteristicilor acestei imagini.

I-am spus să transforme imaginea iniţială într-o sferă mică, mai puţin clară, transparentă, de culoare verde-albăstrui şi să-şi imagineze că această sferă se învârte în zona pieptului în sensul acelor de ceasornic din ce în ce mai repede, se micşorează din ce în ce mai mult, până dispare.

În final, muşchii cefei nu mai sunt contractaţi şi panica a dispărut.

<u>În următoarea sesiune</u>, mi-a spus că mai intră în panică atunci când nu poate să pronunţe anumite cuvinte în dialogul cu anumite persoane, dar nu la fel de puternic ca în trecut.

L-am rugat să-şi imagineze că în faţa lui este o persoană importantă şi să spună ce simte în momentul în care se întâmplă să se bâlbâie.

El redă modul în care intră în panică, i se contractă muşchii gâtului, îi este ruşine şi ciudă că persoana respectivă (un coleg de clasă) îşi va forma o părere greşită despre el.

Terapeut: „Ce simţi în această situaţie?"

George: „Dar nu mă interesează ce cred alţii despre mine."

T: „Înţeleg că în tine sunt doi de George:

- unuia îi e frică şi ruşine atunci când se bâlbâie în faţa anumitor persoane;
- celuilalt nu-i pasă de ceea ce gândesc alţii despre el."

G: „Da."

În stare de relaxare, l-am rugat să-i cheme pe cei doi George (cel Fricos şi cel Curajos) şi să-i lase să dialogheze, să-şi spună punctul de vedere şi să-şi argumenteze părerile.

T: „Cum apar cei doi George?"

G: „Pe cel Fricos îl văd tremurând, pe cel Curajos îl văd mai înalt, cu pieptul în faţă."

T: „Ce-şi spun ei?"

G: „Cel Fricos spune că îi este ruşine de ceea ce gândesc ceilalţi despre el. Are şi el mândria lui. Celălalt spune că nu-l interesează părerea celorlalţi şi că toţi oamenii au şi calităţi şi defecte."

T: „Cei doi ştiu că există persoane cărora nu le pasă de cum vorbeşte George, ci sunt interesate de ceea ce comunică el?"

G: „Cel Fricos nu ştie, Cel Curajos ştie că există persoane care-l înţeleg."

T: „Roagă-l pe George cel Curajos să-i spună şi lui George cel Fricos care sunt acele persoane. *(Un moment de pauză.)* I le-a comunicat?"

G: „Da."

T: „Poţi să le spui şi cu voce tare. Sunt din familie?"

G: „Nu. Sunt prietenii mei de la şcoală. Colegul meu de bancă, mai ales, care mă înţelege cel mai bine că are şi el defectele lui."

T: „Ce simte George cel Fricos acum, când a aflat că există şi persoane ce au o părere bună despre el?"

G: „Se simte mai bine. Nu mai tremură aşa de tare."

T: „Roagă-l pe George cel Curajos să-l liniştească, să-l încurajeze pe George cel Fricos."

T: „Acum am să-i rog pe cei doi să se ia de mână şi să se îndrepte spre creasta de munte cunoscută din şedinţele anterioare şi să o urce împreună. Cum e urcuşul? Descrie-l."

G: „Este mai uşor. Acum sunt doi şi se ajută, se trag unul pe altul."

T: „Este mai uşor în doi."

G: „Da. Ajung acum sus."

T: „Cum se simt acum când au ajuns în vârf?"

G: „Se simt fericiţi, mulţumiţi. Nu mai pot să-i disting, seamănă foarte mult."

T: „Da. Sunt amândoi curajoşi şi sunt tot George. Lasă-i să se confunde unul cu celălalt, să devină unul singur şi intră tu în această imagine. Nu o mai vezi din exterior, ci te confunzi cu ea. Ce simţi acum?"

G: „Mă simt mai bine. Mă simt unul singur, înainte eram împărţit în două. Acum sunt întreg."

După ce am revenit din relaxare, l-am rugat să-şi imagineze că vorbeşte cu o persoană şi se bâlbâie.
T: „Ce simţi în această situaţie?"
G: „Nu mai simt panică şi ruşine. Pot să mă controlez şi să vorbesc corect."
T: „Foarte bine. Te rog ca în conversaţiile pe care le ai cu diferite persoane, să-ţi observi reacţiile şi să foloseşti ceea ce ai câştigat în şedinţa de terapie."

Concluzii:
George se află în psihoterapie de peste două luni şi continuă tratamentul.

În această perioadă de timp anxietatea s-a redus, a învăţat să se relaxeze, să vorbească mai calm şi controlat, să-şi stăpânească mişcarea din cap care apare mai rar şi are mai multă încredere în el.

În cazul lui, am pus accent în special pe relaxare şi am combinat tehnica expresivă de fantazare cu cele gestaltiste de focalizare, de lucru asupra părţilor interioare şi lucrul pe metaforă. Am folosit şi exerciţii de respiraţie completă, amplă.

Un obiectiv principal în demersul terapeutic viitor va fi acela de a detensiona relaţiile dintre băiat şi mama sa.

II.3. Dana – clipitul buclucaş şi gelozia fraternă

Dana are 8 ani. Este o elevă sârguincioasă, în clasa a 2-a, cu rezultate şcolare foarte bune. Ea mai are o soră de 2 ani, faţă de care joacă adesea un rol parental. Părinţii au adus-o la cabinet datorită unui tic de clipit (blefarospasm), care a apărut în urmă cu un an şi jumătate, accentuându-se în ultimul timp şi antrenând uneori şi muşchii feţei. În perioada în care i-a apărut ticul, un coleg a lovit-o la nas destul de rău, într-o ceartă pe care au avut-o la şcoală. De atunci Dana are o părere foarte proastă despre băieţi. Zgomotele şi sunetele puternice au speriat-o dintotdeauna şi părinţii au observat că ticurile se accentuează în aceste condiţii.

De la prima întâlnire Dana mi-a lăsat impresia unui copil inteligent, vesel, foarte receptiv, însă uşor emotiv. Părinţii au fost de la început interesaţi să colaboreze în terapie, sinceri îngrijoraţi de ticul copilului şi dornici să o ajute să scape de el. Relaţiile dintre părinţi şi copil se bazau pe înţelegere şi afecţiune.

Am hotărât să mă întâlnesc cu Dana în terapie individuală o dată pe săptămână, obiectivul sesiunilor terapeutice fiind descoperirea şi lucrul asupra conflictelor interioare ce au dus la apariţia şi întreţinerea ticului.

Sesiunea întâi

La început am rugat-o pe Dana să facă un desen liber. A desenat-o pe Luiza, sora ei mai mică, într-un context idilic: o grădină cu flori şi un curcubeu mare în spate. Fetiţa părea să fie fericită, veselă, înconjurată de dragoste (inimioara de lângă ea). Apoi şi-a desenat familia. Am observat valorizarea imaginii materne (mama este desenată prima şi domină desenul), tatăl este desenat ultimul, mai în spate şi motivează acest lucru prin faptul că acum au mai puţin timp pentru a se juca împreună decât înainte. Cel mai mult o preocupă propria imagine desenată, la care ştergea des, spunând că este urâtă. Tot desenul era împodobit cu inimioare roşii, care reprezentau dragostea ei pentru fiecare membru al familiei. (v. note - desenele 9 şi 10)

Aceste două desene, m-au făcut să mă gândesc că Dana avea o slabă acceptare de sine, regreta că nu este în locul surorii ei şi dorea o mai mare atenţie din partea părinţilor, în special din partea tatălui. Rivalitatea faţă de sora ei era inconştientă şi nerecunoscută, fiind în special legată de avantajele oferite de o vârstă mai mică. În a doua parte a sesiunii ne-am concentrat atenţia asupra problemei cu care venise: ticul. Mă interesa să aflu părerea Danei despre această situaţie şi să o încurajez că vom găsi împreună o rezolvare. M-am folosit de metaforă şi am rugat-o să-şi deseneze „ticul". L-a reprezentat ca pe o faţă tristă, supărată. Pe urmă, a făcut un desen al problemei rezolvate, printr-o faţă veselă, care râde, viu colorată şi spune că acum se iubeşte pe ea. (v. note - desenele 11 şi 12)

Observ că au apărut iarăşi sentimente negative pe care le are faţă de sine, datorită ticului şi aflu că trăieşte tensionat această situaţie.

Folosindu-mă de jucării, îi propun Danei să aleagă un personaj care ar putea veni în ajutorul ei şi să o scape de tic. A ales o pasăre care ar sta tot timpul cu ea şi ar urmări-o să nu mai aibe ticuri (dorinţa de autocontrol). Un dinozaur din pluş îl reprezenta pe Vrăjitorul cel bun, care o ajută să se vindece. Alege apoi un lup rău şi un urs, despre care îmi spune că seamănă cu ea, pentru că pare timid şi emotiv. A imaginat apoi un joc în care lupul îl alerga pe urs pentru a-l omorî. Vrăjitorul cel bun, vine în ajutorul ursului şi îl ucide în final pe lup. Dana s-a implicat activ în joc, cu multă imaginaţie şi expresivitate.

Comentarii:

Prin tehnica metaforică am dorit să o ajut pe Dana să se defocalizeze de pe problema ei, pentru că în prima parte a sesiunii am observat că se identifică cu ticul, îşi dramatizează situaţia, până ajunge să nu se placă pe sine, să se respingă. De asemenea, desenând problema rezolvată, copilul îşi exprimă

speranța de vindecare. Jocul cu păpuși a ajutat-o să-și aleagă ajutoare, care să o sprijine în rezolvarea problemei, activându-și astfel și resursele interioare (creativitate, optimism, expresivitate). Identificându-se în joc cu ursul, Dana exprimă sentimentul de a fi amenințată de ceva rău și satisfacția de a scăpa și a se răzbuna pe dușman. Astfel, în mod indirect, prin intermediul păpușilor, copilul a exprimat sentimente despre care îi era greu să vorbească.

La sfârșitul sesiunii, Dana mi-a spus că se simte bine și încrezătoare că o să scape de tic. I-am consiliat pe părinți să nu-i mai atragă atenția în mod negativ asupra modului în care clipea (îi spuneau să se controleze, întărindu-i astfel comportamentul), ci din contră, să clipească în mod voit în fiecare zi, cât de frumos poate ea, chiar făcând diferite grimase ale feței. Au experimentat acest lucru chiar atunci în cabinet, amuzându-se toți trei de situație. În acest mod am urmărit să le schimb atitudinea față de tic, care devenea din ceva rău și neplăcut, ceva amuzant, chiar drăguț, ajutându-i astfel să se relaxeze, iar părinții să-și asume un rol de coterapeuți. În plus, am exploatat astfel efectele tehnicii paradoxului terapeutic.

Sesiunea a doua

Ticul a apărut mai puțin intens, fapt observat atât de către părinți (au rugat-o zilnic să clipească cât mai frumos, cu diferite expresii ale feței), cât și la școală. În această întâlnire am devenit mai directivă, propunându-i eu Danei jucăriile. La început am folosit tobele, făcând din ce în ce mai mult zgomot și apoi inventând diferite sunete armonioase ce pot apărea din aceste zgomote. Am ajutat-o astfel să-și depășească frica de zgomote și să înlocuiască emoțiile negative cu altele pozitive date de joc și de plăcerea ascultării sunetelor. S-a implicat cu plăcere în joc, bătând cu frenezie în tobe până s-a plictisit.

Mama mă informase de la început că Dana vroia adesea să urce în țarcul surorii ei. Am interpretat acest lucru prin existența a două tendințe: pe de o parte tendința de a rămâne bebeluș și pe de altă parte dorința de a crește mare. I-am comunicat această idee (niciodată nu impun interpretările mele copiilor) și pentru că a fost de acord, ne-am folosit de două păpuși pentru a dramatiza întâlnirea dintre „Dana de doi ani" (care are multe din persoana Luizei) și „Dana de opt ani". A reieșit că „cea mare" vroia să fie mică și „cea mică", mare.

„Dana de doi ani": „Eu vreau să fiu mare, să fac ce vreau eu. Acum trebuie să fac doar ce vor ceilalți. Vreau să merg și eu la școală."

„Dana de opt ani": „Eu vreau să fiu mică, să nu am nici o grijă, să nu mai merg la școală și să mă joc toată ziua."

Terapeut: „Te rog acum Dana, să-ți imaginezi că tu devii păpușa de opt ani și îți alegi un loc în cameră unde poți să dormi. Eu îți dau o saltea care să fie patul... așa... Acum îți imaginezi că dormi și visezi. Se face că ai doi ani și te

afli într-un țarc de copil mic. Acum trăiești visul. Eu îți construiesc în jurul tău un țarc din perne. Spune-mi cum te simți în țarc."

Dana: „Este foarte bine. Simt că nu am nici o grijă, nici o problemă. Mă joc, am multe jucării. Sunt protejată."

T: „Bun. Bucură-te în continuare de starea de bine din țarc... *(Dana vorbește ca un copil mai mic, prefăcându-se că se joacă și se răsfață.)* Acum se întâmplă ceva... Se face că tu începi să crești și țarcul devine din ce în ce mai mic, mai strâmt. *(Strâng pernele din ce în ce mai mult în jurul ei, urmărind să o provoc.)* Ei, cum este acum?"

D: „Este bine. E cald."

T: „E bine și e cald... dar țarcul se strânge din ce în ce mai tare și tu stai închisă acolo. Copii se joacă în parc cu bicicleta și cu rolele. Dar nu-i nimic, tu preferi să stai acolo, unde este cald." *(Amplific strânsoarea pernelor.)*

D: *(izbucnește)* „Vreau să ies afară, să cresc mare, să am prietene, să merg în parc cu rolele!"

T: *(strângând și mai tare pernele)* „Dar tu ai ales să stai în țarc unde este bine și cald... Îți este bine aici și nu cred că îți dorești suficient să ieși."

D: „Ba da, ba da! *(Se zbate, dă la o parte pernele, scăpând din strânsoare.)* Sunt liberă. *(Se bucură, aleargă prin cameră în pași de dans).* Nu mai vreau în țarc."

După ce am lăsat-o să trăiască în această stare de bucurie, am rugat-o să revină la scena inițială și să redevină imaginar păpușa „Dana de opt ani" care povestește păpușii „Danei de doi ani" ce s-a întâmplat în visul ei și să-i spună care sunt avantajele de a fi mare.

Dana: „Când ești mare ești liberă, ai prieteni, te duci la școală și te plimbi cu bicicleta și cu rolele în parc." Astfel își integrează experiența din această sesiune.

Comentarii:

Am folosit o tehnică de dramatizare adaptată din gestalt-terapie, în care Dana și-a concretizat conflictul interior, s-a putut confrunta cu îndoielile și dorințele ei, a fost capabilă să facă o alegere (prin tehnica amplificării am împins-o în această direcție) și a câștigat în acceptarea și stima de sine (responsabilitățile și avantajele vârstei ei). Dana s-a implicat foarte bine în joc, a trăit situațiile și a contribuit la derularea acțiunii cu propria sa imaginație și intuiție. Mărturia că acest conflict era important pentru ea a fost faptul că ticul se amplifica în unele momente, arătând că Dana se afla în plin proces terapeutic.

În final, i-am indus o stare de relaxare, punând-o să-și imagineze o lumină albă care îi mângâie și-i liniștește pleoapele și fața.

Sesiunea a treia

Toată familia vine veselă la cabinet. Ticurile s-au diminuat mult în ultimele zile. Părinții au avut acasă o discuție cu Dana despre avantajele de a fi mare și au asigurat-o că o iubesc și sunt mândri de realizările ei și chiar au antrenat-o în activități pe care să le facă împreună. Acest fapt a făcut-o pe Dana să se simtă în siguranță și să-i crească stima de sine.

În camera de joc Dana era energică, cu inițiativă în alegerea jucăriilor. Alege jocurile cu soldați. Îmi propune să facem două tabere, una pentru ea și una pentru mine. În timp ce construim taberele, observând tendința ei de a avea piesele mai frumoase și eventual, pe cele pe care le-am ales eu inițial, i-am sugerat ca cele două tabere să se numească: Nemulțumiții și Lacomii (titluri sugestive pentru unele tendințe ale ei și de aceea le acceptă încântată).

Am început lupta. Nemulțumiții, conduși de Dana, vroiau să aibă clădirile și armele celeilalte tabere, neplăcându-le de ale lor, iar Lacomii vroiau să aibe totul. O provoc astfel să-și exprime aceste tendințe de nemulțumire și lăcomie. Ne luptăm cu soldații și nu o las, indiferent de rugămințile ei, să-mi cucerească cetatea. Se supără și în final dărâmă ambele construcții (exprimarea mâniei și neacceptării de a pierde).

Apoi o ajut să-și conștientizeze că așa face uneori și în viața reală.

Alege acum un set de mașini de curse pe care le împarte în două tabere și propune inițial un război între mașinile mele și ale ei. Apoi se răzgândește (semn că a depășit momentul conflictului) și propune ca mașinile noastre să se împrieteneaseă și să facem o întrecere, o cursă în care să aflăm ale cui sunt mai rapide. Nici de data aceasta nu o las să câștige nemeritat, însă observ că nu se mai supără când pierde. „Așa este în sport."

Admir încă o dată capacitatea Danei de a integra experiența avută, de a învăța noi moduri de a aborda competiția, având o toleranță mai bună la frustrare și de a trece peste tendințele ei egoiste. După ce am terminat întrecerea cu mașini, Dana observă mănușile de box și îmi propune să ne luptăm cu ele. Îi spun să-și imagineze că eu sunt băiatul cu care avea dese conflicte la școală și să-și exprime prin lovituri și cuvinte furia față de el. La sfârșit, după ce și-a exprimat toată mânia, am condus-o într-o stare de relaxare, punând-o să simtă senzațiile corporale declanșate de această confruntare, să le accepte și apoi să-și imagineze lumina albă care îi mângâie fața, relaxându-i fața și mușchii din jurul ochilor. În final, a făcut un desen liber, care se numea „casa mea", cu un soare ce strălucea vesel deasupra. (v. note - desenul 13)

Comentarii:

În această sesiune Dana și-a putut exprima prin joc sentimente mai puțin pozitive și valorizate de ceilalți: nemulțumirea, egoismul, frustrarea, mânia, învățând să se accepte.

Sesiunea a patra

Ticul a apărut foarte rar în urma sesiunii trecute.

Dana a propus din nou întrecerile cu mașinile. De data aceasta nu apar reacții agresive și este liniștită, bucurându-se atunci când câștigă. I-am propus să facă pe un carton mare un desen care să se cheme „lumea mea". Și-a desenat casa, familia, o grădină cu flori și un soare imens. Am observat că are tendința în continuare să-și corecteze imaginea din desen, dar mai puțin ca în prima sesiune. Am remarcat plăcerea cu care folosește culorile. Mi-a spus că lumea ei este luminoasă, foarte colorată, acolo se simte bine și nu ar vrea să modifice nimic.

Terapeut: „Dana, acum facem o magie și tu poți intra în lumea ta și să devii pe rând fiecare personaj și fiecare obiect. Când o să pășești pe carton, te vei așeza deasupra personajului ales și te simți și vorbești ca și cum ai fi el."

Prin dramatizare se poate identifica acum cu fiecare element din lumea ei, exprimând ceea ce simte și gândește despre el. Când a fost în rolul fiecărui personaj, a vorbit despre el și despre relația pe care o are cu Dana. A reieșit că toți o plac, spunând despre ea că este o fată bună, silitoare la școală, dar care mai face și năzbâtii. Cel mai bine s-a simțit în rolul soarelui care luminează și are grijă de familie.

Comentarii:

Prin jocul de rol, Dana a interpretat foarte expresiv fiecare personaj, dând dovadă de empatie și înțelegere a diferențelor dintre persoane. Nu am observat existența unor conflicte sau stări tensionate. Desenul și dramatizarea au fost pentru mine o dovadă că dispariția ticului nu este momentană, ci se poate permanentiza, starea de bine fiind susținută de suportul afectiv al familiei și calitățile–resurse ale Danei.

Sesiunea a cincea

Ticul a dispărut aproape de tot. În această întâlnire am folosit tehnica jocului nedirecționat, în care Dana era cea care avea cea mai mare inițiativă în alegerea jucăriilor și în derularea poveștii. A ales toate jucăriile animale și o păpușă pe care o numește Dana și a propus să construim o junglă cu toate acestea. Am ajutat-o să aranjăm „copacii" în care stăteau papagalii, locurile pentru tigrii, șerpi, elefanți, maimuțe, iar în mijlocul camerei, prin două saltele era reprezentat un lac unde locuiau broaștele și lângă ele o poiană unde stăteau

fluturii și buburuzele. Lângă „junglă" a construit o căsuță pentru vechii ei prieteni – jucăriile alese în prima sesiune (Vrăjitorul cel bun, Pasărea, Lupul care înviase între timp și devenise bun și Ursul cel timid). Apoi a declanșat acțiunea, care presupunea călătoria păpușii Dana prin junglă. Intenția ei era să cunoască toate animalele și să înfrunte singură pericolele, punându-și calitățile la încercare. Eu am ajutat-o jucând pe rând rolul animalelor, provocând-o să găsească soluții pentru a depăși greutățile întâmpinate.

Inițial și-a vizitat vechii prieteni care au sfătuit-o cum să meargă prin junglă și au vorbit despre animalele periculoase pe care le-ar putea întâlni (se observă capacitatea Danei de a se sprijini pe persoanele importante din viața ei, de a se adapta la sfaturile lor, dorind în același timp să fie independentă). Apoi a pornit cu curaj mai departe. S-a arătat vitează și încrezătoare în fața tigrilor, nevrând să le arate că s-a speriat de ei. Le-a cântat și dansat șerpilor pentru a-i vrăji, făcându-i să adoarmă și putând astfel să treacă mai departe. A spus o ghicitoare încuietoare celorlalți șerpi, care au fost astfel dovediți și au eliberat drumul. După mai multe încercări, a ajuns în centrul camerei, unde se afla oaza (lacul și poienița) și le-a cunoscut pe animalele de acolo.

Astfel, timp de mai mult de o oră Dana a străbătut un adevărat traseu inițiatic, ca și eroii din basme, trecând de animalele periculoase (posibile frici și credințe negative) singură, folosindu-se de abilități și resurse cum ar fi curajul, spontaneitatea, creativitatea, umorul. Călătoria prin junglă reprezintă o situație de criză metaforică experimentată de copil, în care ea a fost nevoită să-și învingă sau să-și rezolve problemele. Pusă în situația de a găsi soluții în acest joc învață noi moduri de a răspunde la situațiile stresante pe care le poate transfera apoi în viața sa reală.

Ca să o ajut să-și integreze această experiență, i-am propus să organizeze o „petrecere" cu animalele din junglă. Le invită și pe cele rele pentru că, zice ea, „trebuie să aibă și ele ceva bun" și am inițiat împreună o adevărată sărbătoare, cu toate jucăriile animale. După ce a obosit să cânte și să danseze, le-a sărutat pe toate și le-a mulțumit că au ajutat-o să-și dea seama că are atâtea calități.

În final, i-am făcut un rezumat al tuturor întâmplărilor pe care le-a avut în această călătorie prin junglă, ajutând-o să-și conștientizeze resursele și să-și îmbunătățească stima de sine.

<u>Sesiunea a șasea</u>

Părinții îmi spun că ticul a dispărut complet.

Astăzi Dana vrea să se joace cu păpușile (o familie compusă din tată, mamă, o fetiță și un bebeluș) și animalele. Construiește cu ajutorul pernelor un sistem solar cu 7 planete. Pe Pământ așează familia și perechi de elefanți, șerpi, broscuțe, maimuțe. Când a aranjat familia și-a exprimat spontan gelozia față de

sora mai mică „Nu pot să o sufăr și nu știu de ce". Bebelușul era așezat între părinți. Apoi o așează și pe fetiță între părinți lângă bebeluș, nemailăsând-o izolată: „Așa e mai bine". Observ ca pentru prima oară, prin intermediul păpușilor, Dana își exprimă gelozia și rivalitatea față de sora ei, lucruri pe care nu poate să le verbalizeze. După ce și-a putut exprima liber această mânie reprimată, a putut să o accepte pe sora ei lângă ea, între părinți.

Apoi își imaginează că păpușa – Dana este Vrăjitoarea Rea care vrea să-i ducă la închisoare pe toți locuitorii celor 7 planete. Începe jocul. În rolul Vrăjitoarei, țipă la toți, este răzbunătoare, nu acceptă să fie contrazisă, este rea și agresivă cu animalele și familia pe care le închide în închisoare. Motivează acest lucru prin faptul că vrea să fie stăpână, regină peste toate planetele, să mănânce tot ceea ce vrea pentru că pe planeta ei nu are mâncare și nu o îngrijește nimeni (din nou apare teama că nu i se dă suficientă atenție și afecțiune). După ce s-a dezlănțuit în rolul Vrăjiotoarei și i-a întemnițat pe toți, are ideea să vină un Eliberator. Alege o altă jucărie pentru acest rol și îmi propune să joc eu rolul Vrăjitoarei și ea pe al Eliberatorului. În această poziție reușește să o păcălească pe Vrăjitoare, spunându-i că vrea să fie ucenicul ei. Când ea adoarme, Eliberatorul îi ajută pe toți să evadeze. Unii erau neîncrezători că acest erou este bun, curajos și puternic. Când Vrăjitoarea se trezește, se luptă cu Eliberatorul care o învinge. În final, a venit Vrăjitorul cel bun (vechiul ei prieten din întâlnirile anterioare) care spune că fusese maestrul Eliberatorului și-l felicită pentru ceea ce a făcut.

La sfârșitul jocului, îmi spune că i-a plăcut cel mai mult de familie și de Eliberator, dar i-a plăcut să joace și rolul de Vrăjitoare rea.

Comentarii:

În această sesiune Dana și-a dat voie să exprime sentimente reprimate de gelozie, mânie, rivalitate. Într-un mediu securizant, ea a avut libertatea de a juca personaje negative alături de cele pozitive, ceea ce a dus la o mai bună integrare și unitate a personalității. Se acceptă pe sine în întregime, dar are libertatea de a alege ce comportament să adopte.

<u>Ultima sesiune</u>:

Ticul nu i-a mai apărut în ultima vreme.

Pentru a o pregăti de despărțire, îi sugerez Danei să scoată toate jucăriile din dulap și să organizeze o petrecere de rămas bun. Ne implicăm în joc. Însă se produce un incident. Păpușa Dana este confundată de celelalte personaje cu Vrăjitoarea Rea (rolul jucat în sesiunea trecută) fiind alungată, agresată, jignită, pentru ca în final să o recunoască ca fiind prietena lor.

În mai bine de 40 minute de dramatizare intensă, Dana și-a exprimat o gamă largă de emoții: mânie, neîncredere, disperarea de a nu fi recunoscut,

tristețe, prietenie și iubire. A fost un semn frumos de sănătate psihică și bogăție a trăirilor în mod complet și unitar. Păpușa Dana (expresia propriei persoane) poate fi și rea și bună, animalele sunt și bune și agresive în același timp, copilul integrând în acest fel toate aspectele complementare ale psihismului. Întâlnirea se termină cu o petrecere în care îi face pe toți să danseze în timp ce eu o acompaniez bătând din tobe (nu este zgomot, e muzică și aceasta nu mai provoacă frică!).

După ce a trăit și a experimentat această bogăție de emoții, ca într-un final al unei simfonii, Dana își ia rămas bun de la prietenii care au însoțit-o în demersul terapeutic (animale, jucării, tobe). Ne-am despărțit într-un mod calm, prietenos, amândouă mulțumite de experiența împărtășită.

Am mai întâlnit-o pe Dana după 2 luni de la ultima sesiune terapeutică. Ticul nu mai apăruse deloc și acasă nu a mai avut tendința să regrete că nu este mai mică, fiind sigură de afecțiunea și încrederea părinților. A intrat cu bucurie în camera de joc și a inventat o poveste în care păpușa Dana trece prin alte peripeții fantastice. Din întâmplare, ajunsese pe un alt tărâm unde a întâlnit-o pe Zâna fluturilor care a ajutat-o să treacă printr-o pădure cu animale periculoase pentru a ajunge pe tărâmul ei, unde o aștepta familia. Observ cum Dana își folosește imaginarul în mod creativ pentru a-și exprima fricile și a-și regăsi resursele, fără să încerce să fugă de realitate. În final a realizat un desen al familiei frumos colorat, în care am observat o mai bună acceptare de sine, autostimă crescută față de acum 4 luni și multă afecțiune exprimată prin inimioare desenate peste tot. Toți membrii familiei sunt împodobiți cu coroane de prinți și prințese, semn de prețuire și valorizare. (v. note - desenul 14)

Comentarii finale:

Jocul și dramatizarea au ajutat-o pe Dana ca doar în șapte sesiuni terapeutice să scape de tic și să obțină o mai bună stimă și acceptare de sine. Prin intermediul jucăriilor și marionetelor ea a putut să exteriorizeze și să concretizeze o parte din conflictele și tendințele ei reprimate. A putut să se decidă să crească, pentru că preferă să-și asume vârsta și nu mai regretă că nu este mai mică. A experimentat situații problematice în care a fost obligată să facă apel la resursele ei interioare. „A jucat" părți din ea însăși și a devenit astfel mai conștientă de sine, mai implicată în ceea ce-i oferă viața.

Prin experimentarea sentimentelor, gândurilor și anxietăților în mod deschis s-a produs integrarea, ceea ce a asigurat reușita terapiei. La Dana, integrarea o reprezintă identificarea cu toate tipurile de emoții, acțiuni, gânduri prin intermediul jocului dramatic.

Consider că această transformare rapidă s-a produs atât datorită capacităților evolutive deosebite ale Danei, cât și datorită sprijinului părinților care au înțeles cum s-o ajute să atingă obiectivele terapeutice și au sprijinit-o în menținerea câștigurilor.

II.4. Ana - o casă în care te poți rătăci sau criza de protest

Ana are 6 ani și este copilul unic al unor părinți trecuți de prima tinerețe, care și-au dorit-o foarte mult. În aceste condiții nu este de mirare că răsfățul și hiperprotecția au fost principalele modalități prin care părinții s-au raportat la ea.

Mama o aduce la cabinet datorită crizelor (țipete, plâns, congestie facială) pe care le face Ana atunci când nu i se face pe plac și în special seara când mama ei vine de la serviciu și nu are, de obicei, răbdare și timp să-și petreacă câteva momente plăcute cu fetița. Tatăl este bolnav, pensionat din acest motiv și soția vorbește despre el ca despre un copil care nu vrea să se îngrijească de sănătatea lui, care „nu ascultă". Tatăl se joacă uneori cu Ana, alteori este nervos și o respinge. Interesant este faptul că atunci când fetița face câte o criză, toată familia (inclusiv cele două bunici când sunt acolo) se agită în jurul ei determinând-o să țipe și mai tare.

Din relatarea mamei (speriată de faptul că nu știe cum să stopeze crizele copilului) ar reieși că Ana vrea să i se facă permanent pe plac, să-și controleze părinții. Totuși este doar o aparență. La o privire mai atentă îmi dau seama că ceea ce își dorește ea este doar un mediu familial securizant, stabil și atenția afectuasă și consistentă a mamei. Copiii nu au nevoie de părinți-marionetă, ci de părinți pe care să-i respecte și care să le fie model.

La grădiniță Ana s-a adaptat foarte bine, este receptivă, prietenoasă, comunicativă.

În prima sesiune ne aflam toate trei în jurul mesei din cabinet. Mama îmi povestește despre grijile pe care și le face din cauza Anei și ale soțului bolnav, părând dornică să primească un sprijin. Recunoaște că este de multe ori obosită și nu are răbdarea de a-i oferi fetei atenția și afecțiunea pe care ea le cere. În acest timp Ana se joacă și se preface că nu aude dialogul nostru. După ce mama și-a spus povestea am rugat-o să treacă în camera alăturată și am rămas cu Ana. Acum ea îmi cere o foaie de hârtie și creioane pentru a face un desen care se dovedește a fi replica ei la cele relatate de mama ei și o explicație a reacțiilor sale de negativism. Desenează o casă cu două uși: una care zâmbește și una care are un vizor și multe ferestre, care reflectă dorința ei de comunicare. (v. note - desenul 15)

O rog să dea un titlu desenului ei şi să născocească o poveste plecând de la el. Îl numeşte „Casa care râde" şi apoi începe să povestească foarte implicată.
Ana: „Este casa mea. Uşa aceasta râde de cei care vor intra în casă şi se vor rătăci."
Terapeut: „Cum se rătăcesc ei?"
A: „Foarte uşor. Pe uşi sunt diferite etichete care-i păcălesc. De exemplu pe uşă scrie „dormitor" şi înăuntru este bucătăria sau pe alta scrie „sufragerie" şi este de fapt baia şi tot felul de alte surprize."
T: „Ca un labirint?"
A: „Da. Numai eu nu mă rătăcesc şi mama care a construit casa. Tata se rătăceşte sigur."
T: „Mai sunt şi alte persoane care nu se rătăcesc?"
A: „Adelina, prietena mea de la grădiniţă, nu se rătăceşte dar îi trebuie o oră ca să se descurce... Mama se rătăceşte."
T: „Mama se rătăceşte?"
A: „Da. Ea se rătăceşte acum."
T: „Vrei să-i înveţi pe ceilalţi cum să se descurce în casa ta?"
A: „Nu. Toti intră pe uşa care râde şi ies pe uşa cu vizor după ce se rătăcesc. Ei nu ştiu să se descurce în casă şi eu nu vreau să-i învăţ."

Acum se desenează pe ea şi pe Adelina trăgând casa. Amândouă sunt eroine puternice. Ea este Xena-Prinţesa războinică şi Adelina este Sarley Moon.
T: „Ce se întâmplă cu casa ta?"
A: „Când casa vrea să râdă de ceilalţi închide uşa şi în casă se aude „balamuc" şi ceilalţi cred că face ea balamuc şi nu mai intră în casă. Nu-i lasă ea."

O ascult pe Ana şi nu-mi vine să cred cum acest copil îşi descrie atât de simplu şi firesc în mod simbolic drama sa. Este uşor de observat că, de fapt, casa este ea, şi părinţii nu mai ştiu să se apropie, s-o cunoască, nici măcar mama care a construit casa. Ana simte nevoia să se identifice cu un personaj puternic pentru a-şi purta singură de grijă şi încearcă să le atragă atenţia celorlalţi prin singura modalitate găsită momentan „face balamuc" (eticheta pusă de părinţi pentru crizele ei de opoziţie). Fetiţa pare să-i pună la încercare pe adulţii din familia ei, îi testează, râde de ei, se joacă şi cum ei se sperie, nu ştiu cum să reacţioneze, nu pot vedea decât balamucul.

În urma acestei sesiuni am înţeles că obiectivul principal este s-o ajut pe mamă să aibă un comportament adecvat faţă de copil. Astfel am încurajat-o să-i acorde înţelegere şi afecţiune indiferent de crizele ei de negativism şi când plânge şi ţipă să se ocupe doar ea de Ana şi să o liniştească vorbindu-i pe un ton jos, calm, care să-i inspire copilului încredere şi siguranţă. I-am recomandat

mamei şi o carte de psihologie a copilului de 5-6 ani pentru a învăţa astfel care sunt nevoile şi trăsăturile specifice de personalitate ale copiilor la această vârstă.

<u>În sesiunea următoare</u> Ana şi mama ei vin mai liniştite la cabinet. După lectura broşurilor recomandate, mama a observat că toţi copiii de şase ani sunt la fel, ceea ce a făcut-o să-şi schimbe atitudinea faţă de fetiţă: „Nu este copilul meu mai cu probleme decât alţii."

În camera de joc, Ana alege păpuşi ce îi reprezintă pe membrii familiei, o fantomă şi un vrăjitor. Spune că tata este Hercule, mama este Sarley-Moon şi ea este Xena-prinţesa războinică. Le atribuie roluri de personaje puternice, eroi curajoşi ce înfruntă pericole şi fiind uniţi îi înfruntă pe Fantoma şi pe Vrăjitorul cel rău. Se poate interpreta astfel că Ana, prin alianţa puternică cu părinţii ei, îşi poate depăşi fricile inconştiente. În joc nu apar conflicte între membrii familiei.

<u>În sesiunea următoare</u> mama îmi comunică că ea şi soţul ei sunt mai calmi şi mai înţelegători în relaţie cu copilul, nu mai ţipă la ea şi îşi petrec mai mult timp împreună. În ultima săptămână Ana nu a mai avut nici o criză de negativism.

Astăzi Ana alege pentru joc păpuşi, animale sălbatice, dinozauri. Inventează o poveste în care un băiat numit Mougli este crescut de două păsări în pădure pentru că îi muriseră părinţii. Când creşte, el se transformă în Xena şi apără animalele din junglă, pe care vroiau să le mănânce dinozaurii. Se implică puternic în descrierea luptei dintre dinozauri şi animale (exprimarea posibilelor conflicte interioare) şi o cheamă în ajutor pe Zâna lui Xena (nevoia de suport exterior, magic), care îi omoară pe toti dinozaurii şi-i învie şi pe părinţii Xenei. Toţi se bucură că se revăd şi pleacă la ei acasă împreună cu păsările care au crescut-o pe Xena în pădure.

Ana exprimă în acest joc bucuria de a-şi regăsi părinţii, lucru obţinut cu greutate, după o luptă simbolică în care a fost nevoie de intervenţia unui personaj exterior (imaginea terapeutului) pentru a-i învia pe părinţi (a-i sprijini în efortul lor de a-şi înţelege copilul).

<u>Următoarea sesiune</u> a avut loc după două luni de pauză. Ana a fost în vacanţă şi pentru că a stat mai mult în casă s-a plictisit. A reînceput să fie mofturoasă, are momente de negativism şi plânge când nu i se face pe plac. Am consiliat-o pe mamă în privinţa măsurilor educative adecvate şi a canalizării energiei creative a Anei spre scopuri constructive, cum ar fi înscrierea la cursuri de dans sau de teatru pentru copii. Fetiţa şi-a dorit foarte mult să revină la cabinet şi mi-a arătat cu ajutorul păpuşilor şi marionetelor toate jocurile pe care le-a inventat în timpul vacanţei.

La sesiunea următoare mama îmi comunică că Ana nu a mai avut crize de negativism şi îşi petrec mai mult timp împreună. A reînceput grădiniţa şi o înscris-o la un cerc de balet unde este apreciată pentru talentul ei. Astfel, participînd la activităţi care-i plac şi o stimulează, Ana obţine aprecierea şi atenţia de care are nevoie prin comportamente pozitive.

În camera de joc, Ana alege familia, zâna, fantoma şi vrăjitorul. Realizează o poveste în care fetiţa este bătută de educatoare pentru că a plâns când a adus-o tatăl ei la grădiniţă. Atunci copilul se supără şi fuge de acasă.

Ajunge pe „Tărâmul celor răi" unde trăiesc fantome, vrăjitori pe care-i bate şi îi ucide. Apoi se duce pe „Tărâmul celor buni" unde se împrieteneşte cu Zâna şi spiriduşii. Aceştia îi îndeplinesc dorinţa de a avea camera ei (exprimarea nevoii de independenţă şi de detaşare de părinţi). În final fetiţa se întoarce acasă şi părinţii o îmbrăţişează şi Ana este foarte încântată de jocul ei.

Găsesc acest joc foarte important pentru progresul terapeutic. La început Ana şi-a exprimat revolta faţă de pedeapsă şi pleacă să-şi înfrunte singură viaţa. Îşi depăşeşte fricile şi impulsurile agresive ce apar simbolic pe „Tărâmul celor răi" pentru ca apoi să se întâlnească în mod metaforic cu resursele ei creative şi cu nevoia de independenţă pe „Tărâmul celor buni". Cu aceste resurse poate rezolva problemele pe care le întâlneşte în viaţă. Un punct pozitiv este faptul că Ana nu mai simte nevoia să le atribuie părinţilor săi alte identităţi, iar modul în care îi aranjează în final este un semn că se simte iubită şi protejată de ei. Se poate spune că pe măsură ce părinţii şi-au schimbat atitudinea şi comportamentul faţă de copil, devenind mai eficienţi în rolurile lor, Ana îi acceptă mai mult aşa cum sunt.

Ultima întâlnire am avut-o peste două săptămâni. Ana şi mama ei sunt vesele, calme, par să fi uitat de „balamucul" care le dădea acum câteva luni bătaie de cap şi au acum o relaţie caldă, afectuoasă. Mama îmi povesteşte cu plăcere de cuvintele de laudă pe care le primeşte la adresa Anei de la educatoare şi de la profesoara de balet. Discuţia dintre noi se poartă acum pe un alt registru, mama fiind preocupată să-şi perfecţioneze rolul ei în familie.

Împreună cu Ana am jucat toate jocurile ce ne făceau la amândouă plăcere (puzzle, măşti, marionete) - prilej de a ne bucura de relaţia noastră. Sfârşim întâlnirea într-o atmosferă caldă, de înţelegere tacită.

Atât mama cât şi copilul sunt acum gata pentru finalul procesului terapeutic. Mama poate să-şi joace eficient rolul, fiind mai empatică la nevoile şi emoţiile fetiţei ei, iar Ana este bine adaptată la mediul ei de viaţă. Nici una, nici cealaltă nu mai au nevoie de un suport exterior.

Comentarii finale:

În acest caz a avut prioritate consilierea mamei în privinţa modalităţilor mai eficiente de a se raporta la copil. Cu Ana am folosit metodele terapiei experienţiale (desen, joc, povestire) ajutând-o astfel să-şi exprime iniţial părerea despre situaţia ei, apoi sentimentele faţă de părinţi, nevoile şi dorinţele ei pe care le-a transformat şi integrat în final. Şi-a recâştigat părinţii folosindu-şi în special resursele creative.

II.5. Claudiu – blocajul auto-apărării sau despre tendinţele contrarii şi unificarea interioară

Claudiu are 16 ani şi s-a plâns de faptul că nu ştie să riposteze în situaţiile în care colegii mai brutali îl lovesc sau fac glume pe seama lui şi simte o mare rezistenţă în a se bate cu cineva. În mica copilărie spune că era irascibil şi bătăuş, dar şi-a reprimat aceste tendinţe după un tratament psihiatric. El este un băiat inteligent, imaginativ, cu simţul umorului (a luat premiul întâi la un concurs de caricaturi), introvert, are puţini prieteni şi se pierde în faţa persoanelor autoritare. Îmi povesteşte că părinţii şi fratele mai mare nu au răbdare să-l sfătuiască şi îi spun că ar trebui să se descurce singur, să fie mai matur, însă problema lui este că nu ştie cum să facă asta.

Din testul „Desenul persoanei" observ că simte nevoia de a se afirma şi impune în faţa celorlalţi, de a le câştiga respectul, însă se simte în acelaşi timp inadecvat şi slab. Îşi reprimă furia şi agresivitatea, se culpabilizează pentru aceste emoţii şi se refugiază în fantezie în mod compensator.

Într-una din primele sesiuni Claudiu declară că pe de-o parte ar vrea să se bată cu cei care îl jignesc, şi pe de alta, nu. L-am ajutat să exprime şi să conştientizeze contradicţia dintre cele două părţi din personalitatea lui pe care le-am numit „Partea Paşnică" şi „Partea Violentă". Este important pentru el să experimenteze cele două tendinţe, în gestaltterapie fiind recunoscut faptul că „numai acceptând ceea ce este, persoana poate să se restructureze, să se reunifice, să înveţe să discrimineze şi să se autoasume, ceea ce permite reunificarea interiorului, repersonalizarea".

Claudiu consideră că situaţia conflictuală dintre cele două părţi din personalitatea lui nu are soluţie de rezolvare. Am folosit tehnica scaunului gol pentru a-l sprijini să realizeze o reconciliere între părţile opuse. Reconcilierea conduce către integrarea părţilor, dar acesta este un proces delicat care poate dura mai mult timp şi o intervenţie forţată îl poate aliena. Luând drept suport două scaune alăturate, l-am rugat să-şi imagineze că pe primul stă „Partea

Paşnică" şi pe celălalt stă „Partea Violentă" şi să inițieze un dialog între ele, aşezându-se pe rând pe cele două scaune.
Partea Paşnică: „Când trebuie să mă bat cu cineva nu-mi vine să lovesc. Ştiu că ar trebui, dar se pare că nu am acest instinct în mine."
Partea Violentă: *(pe un ton autoritar)* „Iar începi! Uite, aşa faci mereu: nu poți să loveşti, nu îți vine, sau ceva de genul ăsta. Dacă vrei cu tot dinadinsul să-i înveți minte pe nebunii ăia, lasă-mă pe mine şi asta este tot ce poți să faci."
Partea Paşnică: *(pe un ton plângăreț)* „Ştii, nu ştiu dacă ar trebui, chiar nu ştiu. Dacă rămâi în control total, cum am să te opresc?... Dar altfel cum să-i învăț minte?... Cu vorbe, provocări sau distrageri nu poate să meargă la nesfârşit. Ştiu că ar trebui să te las, dar pur şi simplu nu pot... Chiar că sunt într-o dilemă... Violența este semnul stupidității, dar şi ei mă enervează."
Partea Violentă: *(nervos)* „Ia mai linişteşte-te! Mă calci pe nervi şi nu am ce să-ți fac. Binele nu poate exista fără rău. Mereu te plângi şi te afli în nu ştiu ce dileme, care ți se par a fi paradoxuri. Paradox-nimic! Are rezolvare şi rezolvarea sunt eu."
Partea Paşnică: „Ştiu că ai dreptate, dar nu în totalitate. Uite, vezi, eu nu mă plâng, ci numai îmi exprim punctul de vedere, la fel ca şi tine. Cât despre paradoxuri nu ştiu ce să zic..."
Partea Violentă: *(dispreţuitor)* „Bebeluşul... O, nu, iar începi cu dilemele tale cu tot... Ce o să faci, o să stai în banca ta tot restul vieții? O să-i duci pe toți cu vorba? Ce, te crezi Păcală? Crezi că toți sunt un Tândală? Maturizează-te! şi pe deasupra, ar fi şi cazul..."
Partea Paşnică: „Ştiu că ar fi cazul, dar..."
Partea Violentă: „Ce atâta vorbă, trage-i una lui Filip şi gata!"
Partea Paşnică: „Hmm...Dar dacă nu merge?"
Partea Violentă: „Trage-i una!"
Partea Paşnică: „Dar dacă este rezistent la lovituri?"
Partea Violentă: *(amuzat)* „Trage-i una şi o să fie OK!"
Partea Paşnică: „Nu ştiu cum să fac, în aşa fel ca să nu am mustrări de conştiință după aceea."
Partea Violentă: „Iar începi? Sau poate ți-e frică?"
Partea Paşnică: *(pe un ton şoptit)* „Mi-e şi frică."

L-am pus să amplifice această afirmație şi să-şi recunoască şi să accepte frica în mod normal, ca pe orice altă emoție. Mi-a spus că nu voia să recunoască faptul că îi este frică pentru că acest lucru nu este demn de un băiat (prejudecata culturală ce îi limitează acceptarea de sine şi-i dă o stare de nelinişte interioară).

Am observat din dialogul celor două părți că nici una nu vrea să cedeze, însă Claudiu afirmă că ele sunt acum la egalitate în ceea ce priveşte puterea (înainte domina „Partea Paşnică") şi cel mai mare câştig este acela că au

discutat între ele. „Le-ar face bine să mai discute una cu cealaltă." O altă idee desprinsă din dialog este aceea că „Partea Paşnică" controlează excesiv „Partea Violentă" pentru că se teme că aceasta, odată având controlul asupra personalității, ar fi de necontrolat, ar fi excesiv de agresivă, fără discernământ. Am discutat această credință care se dovedeşte a fi irațională (nu se bazează pe nimic real), şi când a înțeles acest lucru s-a mai liniştit.

În următoarele sesiuni am folosit desenul pentru a exprima relația dintre cele două părți. Primul desen reprezintă un cerc (întregul personalității sale) împărțit în două jumătăți în care sunt închişi doi băieți cu înfățişare fizică identică (autoportrete). Cele două părți au forțe egale, joacă scandenberg şi înving pe rând. (v. note - desenul 16)

A urmat apoi o serie de alte şase desene ce le ilustrau pe cele două părți în conflict, luptându-se (v. note - desenul 17), pentru ca apoi să se privească în oglindă şi fiecare o vede pe cealaltă, una este reflectarea celeilalte, fațete ale aceleiaşi medalii - moment important de insight, ceea ce-l conduce pe o treaptă superioară de autocunoaştere (v. note - desenul 18). Această înțelegere îl determină ca în următoarele desene să le reprezinte pe cele două părți prinse în acelaşi trunchi, acceptate a fi două tendințe ale aceleiaşi persoane (v. note - desenele 19 şi 20). Ele se unesc complet în desenul 21 pentru a se integra în desenul 22, care reprezintă o persoană senină ce are pe umeri două personaje care reprezintă cele două tendințe - binele şi răul. Este important de observat că în acest ultim desen el îşi controlează părțile şi nu se mai reprezintă ca fiind câmpul lor de luptă, semn că a depăşit conflictul. Astfel, nu se mai identifică cu nici una dintre cele două părți, şi acceptă că poate avea atât tendințe paşnice cât şi tendințe violente, însă el este mai mult decât atât. El este cel care le controlează şi-şi asumă responsabilitatea apariției uneia sau alteia. (v. note - desenele 16-22)

S-a produs ceea ce în gestalt-terapie se numeşte „schimbarea gestaltului". Claudiu se acceptă ca persoană întreagă, îşi integrează polaritățile, nu se mai simte alienat. Aceasta îi dă o stare de bine, de siguranță interioară. S-a produs transformarea.

După patru luni de terapie, ce au cuprins şi vacanța, a făcut spontan un desen în care cele două părți dădeau mâna la un Congres al ONU, înțelegându-se să conducă împreună în pace. (v. note - desenul 23) Am folosit din nou tehnica scaunului gol.
Partea Paşnică: *(pe un ton calm, prietenesc)* „Eu zic să ajungem la o înțelegere."
Partea Violentă: „Şi eu zic la fel. Hai să ne unim."
Partea Paşnică: „Hai!"
Terapeut: „Ia o poziție care să arate că cele două părți sunt unite" *(metafora posturală)*

Claudiu: *Stă drept, cu picioarele puțin depărtate, într-o poziție ce exprimă siguranță și stabilitate.*
T: „Ce simți acum?"
C: „Putere."
T: „Unde simți puterea în corp?"
C: „În piept." *(zona emoțiilor)*
T: „Ce emoții trăiești acum?"
C: „Mă simt bine, sigur de mine, mulțumit."

Claudiu îmi spune acum că nu-l mai preocupă certurile ce colegii săi. Dealtfel chiar a observat că nu mai sunt așa de agresivi „parcă s-au mai maturizat și ei".

În următoarele întâlniri l-am ajutat să devină conștient de calitățile, de resursele sale interioare, pe care se poate baza pentru a-și îmbunătăți imaginea de sine, cum să se afirme și să se relaționeze mai bine cu colegii lui și să-și canalizeze umorul și simțul artistic în sens constructiv (de exemplu să colaboreze la revista școlii).

Ultima sesiune am rezervat-o explorării expectațiilor legate de viitor - cum se vede pe sine peste 10 ani. Are o imagine de sine pozitivă, simte că are încredere în el și are voința și ambiția de a realiza ceea ce-și propune.

Comentarii finale:

Am tradus stările inițiale de nemulțumire și frustrare ale lui Claudiu ca fiind determinate de un conflict între două tendințe sau părți opuse din personalitatea sa. Ceea ce am numit eu: „Partea Pașnică" și „Partea Violentă" ar fi corespondentul a ceea ce Fritz Perls (fondatorul gestalt-terapiei) a numit sciziune în personalitate între „câinele de rasă" și „câinele maidanez". În concepția sa „câinele de rasă" necăjește și torturează „câinele maidanez" cu critici: „Tu trebuie să faci asta", „Tu trebuie să faci aia", „Tu trebuie să fii mai bun decât ești". Acești „trebuie" sunt caracterizați în special prin terorism și un aer de justețe. „Câinele de rasă" întodeauna știe ceea ce „câinele maidanez" trebuie să facă. „Câinele maidanez" este contraforța. El reacționează la „câinele de rasă" prin neajutorare, oboseală, joc, iritabilitate, uneori cu rebeliune, adesea necinstit și întodeauna ca un sabotor. Răspunsurile sale la cererile „câinelui de rasă" sunt „Eu nu pot", „Da, dar..." (pe un ton plângăreț), „Poate mâine", „Voi încerca", „Sunt atât de obosit". Aceste opoziții trăiesc o viață a frustrărilor mutuale și încearcă să se controleze una pe alta. Acest impas al luptei produce o stare de „paralizie", istovire și o inabilitate de a trăi experiența în mod armonios cu întreaga ființă și blochează creșterea și dezvoltarea personală.

Demersul terapeutic a presupus punerea în evidență a acestui conflict interior pentru a-l ajuta pe Claudiu să realizeze reconcilierea și unirea lor în

combinații productive, să se influențeze reciproc în loc să-și consume energia într-o luptă lungă și inutilă.

Odată cu regăsirea echilibrului interior, lui Claudiu i-a crescut stima de sine și optimismul față de viitor.

II.6. Anca – o fetiță cu capul în nori sau Familia Plăntuca

Anca are 10 ani și este în clasa a a 3-a. Mama ei a adus-o la cabinet pentru că este „leneșă", cade în reverie în timp ce își face lecțiile, este neatentă, dezordonată și nu învață suficient de conștiincios.

Fetița a fost adoptată de la leagăn când era foarte mică, pentru că părinții nu au putut avea copii. Ea știe acest lucru și mama spune că nu a avut o reacție negativă când a aflat.

Relațiile dintre părinți sunt proaste pe toate planurile, de mai mulți ani, comunicând foarte puțin între ei. Tatăl a avut o copilărie foarte traumatizată: tatăl său era alcoolic și a asistat la dese conflicte între părinții săi. Acum este ursuz, interiorizat, necomunicativ, agitat uneori. Față de copil are o atitudine ambivalentă: uneori o jignește, alteori o alintă foarte mult, vorbește cu ea mai mult decât cu soția sa.

Mama este foarte activă, perfecționistă, autoritară. O nemulțumește permanent câte ceva la fată, o cicălește, dar o și alintă și o protejează când tatăl vrea s-o pedepsească.

Părinții au vrut de mai multe ori să divorțeze și au trăit o perioadă separați, dar în aceeași casă, perioadă debusolantă pentru copil.

Anca este veselă, inteligentă, are multă imaginație și rezultate școlare bune. Îi place mult să deseneze și să îngrijească animalele. Vrea să devină medic veterinar. Are un cățeluș pe care îl iubește foarte mult.

Mi-am dat seama că în acest caz este vorba de o problemă familială, de o cronicizare a relațiilor dizarmonice dintre soți, care în același timp o resping în mod inconștient pe fetiță. Pe de altă parte, am interpretat comportamentul Ancăi ca pe o încercare simbolică de a atrage atenția și afecțiunea părinților și de a-i ține împreună. Chiar și tendința ei de a se alinta și comporta adesea ca un copil mai mic are acest scop. Imaturitatea afectivă și un sentiment mai redus al responsabilității par a fi singurele ei „probleme".

Principalul obiectiv în timpul procesului terapeutic a fost s-o ajut pe Anca să se exprime, să-și folosească imaginația în mod creativ și să-i valorizez în ochii părinților calitățile pe care aceștia le ignorau.

În prima sesiune am întrebat-o pe Anca dacă obișnuiește să-și imagineze diferite povești atunci când cade în reverie. Mi-a spus că într-adevăr,

îi place să născocească poveşti cu animale şi mi-a povestit o istorioară despre căţeluşul ei. Povesteşte frumos şi expresiv.

I-am spus să scrie în fiecare zi câte o astfel de istorioară şi le vom strânge împreună pentru a realiza o carte pentru copii. A fost foarte încântată de această idee.

Apoi i-am spus să se deseneze pe ea, aşa cum se simte acum. (v. note desenul 24)

A desenat o fetiţă cu corpul asimetric, căreia îi lipsesc palmele şi labele picioarelor. Am dedus de aici că Anca simte dezechilibrul, lipsa de armonie din relaţiile dintre părinţii ei şi trăieşte sentimente de inadecvare la situaţie, insecuritate şi lipsă de autonomie.

În următoarea sesiune, Anca şi-a desenat familia, unde era prezent şi un băieţel, care mi-a spus că este căţeluşul ei pe care îl consideră frăţiorul ei. (v. note - desenul 25).

De „fratele" ei îi place cel mai mult dintre toţi şi cel mai puţin îi place de ea. Plecând de la acest punct, am iniţiat un dialog, ajutând-o pe Anca să-şi exprime părerile şi sentimentele despre ea însăşi:

Terapeut: „Ce te face să spui că îţi place de tine cel mai puţin?"
Anca: „Câteodată sunt rea. Nu vreau să fac nimic. Aşa îmi vine."
T: „Ce simţi când eşti rea?"
A: „Că dacă cineva nu face ce vreau eu, sunt ei răi... Dar eu sunt rea." *(sentiment de autoculpabilizare)*
T: „Poţi să nu fii rea?"
A: „Câteodată."
T: „Ce simţi atunci?"
A: „Că trebuie să am încredere în mine."
T: „Deci când eşti rea nu ai încredere în tine."
A: „Da."
T: „Ce te face să spui asta?"
A: „Mi-e frică de ceva."
T: „Ştii de ce ţi-e frică?"
A: „Nu... Din cauză... Dar câteodată sunt şi neatentă. Mi-e capul în altă parte: la joacă, la căţeluşul meu."

Aflu astfel nu numai că Anca se teme pentru relaţia conflictuală a părinţilor săi, dar este posibil să se şi culpabilizeze din această cauză („ei nu se înţeleg pentru că ea este rea").

Fetiţa nu şi-a exprimat verbal fricile, însă consider că este important faptul că s-a gândit la ele. Şi în acest desen, Anca s-a reprezentat fără palme şi fără labele picioarelor şi se situează lângă tata, de care se simte mai aproape afectiv, el este cel care îi face daruri. Anca îmi spune că în desen toţi sunt fericiţi şi fac o plimbare în parc.

<u>În sesiunea următoare</u>, Anca a pictat în mod spontan trei copaci şi le-a dat titlul „Trei persoane." (v. note - desenul 26)

Mi-a spus că sunt o familie: cel din mijloc, căruia i-a desenat şi trunchiul este tatăl, cel din dreapta este mama şi cel din stânga este copilul.

La îndemnul meu a imaginat următoarea poveste, plecând de la pictură:

„A fost odată o familie care se numea Plăntuca. Ea era formată dintr-un copac care era tatăl, înalt şi un copăcel mai micuţ (mama), iar copăcelul copil avea un an şi-l chema Mesteacăn.

Tata îi apără şi îi păzeşte să nu îi ia cineva.

Într-o zi, când soarele strălucea, ei stăteau întinşi la soare şi cântau un cântec despre vară. A venit o oiţă care dorea să-l pască pe copilul cel mic. Iar tatăl şi-a fluturat energiile şi a scos un zgomot, parcă era un lup, iar oiţa speriată a fugit în altă parte.

Copilul a învăţat să-şi apere şi el copilul când va fi tată, iar toată familia care provenea din această familie a învăţat să-şi apere copiii cu propria viaţă.

Cei doi părinţi vorbeau cum să-şi îngrijească copilul cât mai bine ca să nu fie bolnav şi să înveţe cât mai mult de la ei şi cum să facă ca toate plantele să fie respectate de oi, de lupi, de urşi. Să nu le mai mănânce.

Copilul vorbea cu tatăl său cum învaţă la şcoală, ce a învăţat nou, l-a rugat pe tatăl lui să îi dea bănuţi ca să-şi cumpere îngheţată (apă din pământ). Tatăl îi dădea să îşi cumpere tot ce vroia, dar dacă nu-şi făcea lecţiile bine şi nu-l asculta, nu-i dădea.

Copilul şi mama sa se duceau la plimbare, vorbeau cu păsărelele şi cu vrăbiuţele, cu toţi care îşi făceau cuibul în ei.

Erau prieteni cu toată lumea. Toţi au trăit mult de tot."

Din povestea sa, transpar părerile, gândurile şi sentimentele trăite de Anca faţă de părinţii ei. Este o imagine idilică, relaţiile dintre membrii familiei sunt armonioase şi tatăl este cel care îl apără şi îl protejează pe copil. Interesant de observat este cum „boala" copilului îi ţine aproape pe părinţi (dorinţa Ancăi).

<u>În sesiunea următoare</u>, i-am spus să-şi imagineze o poveste despre familia Plăntuca în condiţiile în care se pornise o furtună năprasnică în pădure.

Dupa câteva momente de gândire, mi-a relatat următoarea poveste:

„Era primăvară. Soarele strălucea şi toate animalele erau fericite şi bucuroase. Familia Plăntuca era şi ea fericită. Deodată, apărură mulţi nori posomorâţi şi negri. Un vânt puternic străbătu pădurea. Artileria cerească îşi începu lupta. Mii de trăsnete şi fulgere spintecau cerul. Familia Plăntuca şi-a strâns crengile ca o umbrelă. Copăcelul mic se legăna şi deodată i de rupe o crenguţă. Imediat mama i-a pus o frunză în loc de pansament. Toate animalele din pădure erau înspăimântate şi se adăposteau sub familia Plăntuca.

Tatăl copac, ca să nu li se întâmple ceva animalelor, își așeza toate crengile la un loc, în așa fel încât vijelia cea mai puternică nu mai putea străbate printre crengi.

Mama își apăra copilul ce plângea. Copilul nu putea să facă nimic. Tatăl îl apăra.

După o oră, artileria cerească își îndepărtă norii și totul reveni la viață.

Acum, văzând că soarele strălucește, iar norii erau departe de tot și nu mai bătea vântul așa de tare, sunt cu toții veseli."

Am exprimat prin furtuna din pădure, în mod metaforic, conflictele și tensiunile din familia Ancăi și am provocat-o să aibă o reacție la această situație, indirect, prin intermediul povestirii. Fetița a găsit o rezolvare fericită a situației problematice și tatăl era cel care, din nou, își apăra familia.

I-am citit cele două povestiri inventate de Anca mamei ei, contrabalansând astfel permanentele critici și exigențe pe care aceasta le are față de fetiță.

Anca a ascultat emoționată în timp ce am citit eu poveștile și apoi a mărturisit că nu i-a spus mamei nimic despre poveștile cu animale pentru că s-a temut de reacția ei.

La următoarea întâlnire, Anca a venit la cabinet cu tatăl său și i-am citit și lui cele două povestiri despre familia Plăntuca.

A fost foarte impresionat și emoționat, nu-i venea să creadă că fiica sa le-a inventat.

Prin cele două povești metaforice am urmărit să realizez o comuniune emoțională între cei trei membrii ai familiei și să-i ajut pe părinți să înțeleagă sentimentele și ideile pe care le are Anca despre o familie ideală.

Cele două povești au avut într-adevăr un impact emoțional puternic asupra părinților Ancăi. Au realizat că Anca inventează povești frumoase în timp ce ei credeau că pierde timpul și nu este atentă la teme (schimbarea etichetei la problema cu care veniseră la cabinet).

Într-o altă sesiune, Anca a desenat familia sa sub formă de simboluri.

Mama apare ca un cerc, pentru că „mă protejează cel mai mult", tata ca lup pentru că „și el mă protejează" și lupul e rău: „tata mă apără așa cum își apără lupul puii" și Anca s-a desenat ca fluture pentru că „sunt aeriană". (v. note - desenul 27)

Plecând de la desen, a realizat o poveste numita „Prietenii":

„Au fost odată un lup și un fluture. Odată ei au găsit în pădure un cerc care zburda și se tăvălea prin iarbă. Cei doi s-au împrietenit cu cercul și au devenit foarte buni prieteni. Ei au locuit împreună mulți ani și nu s-au despărțit niciodată.

Fluturașul le spune celorlalți doi să se joace cu el."

Anca își exprimă astfel dorința de a fi întotdeauna împreună cu părinții ei și nevoia de a fi prieteni. Rolul ei este ca prin comportamentul său de joc, să îi apropie.

Într-o altă sesiune, am lucrat împreună cu mama și cu copilul tehnici nonverbale de comunicare.

Le-am spus să-și transmită pe rând, mai întâi cu ajutorul privirii, apoi cu mâinile, diferite stări afective, consemnul fiind de a recunoaște fiecare ceea ce-i transmitea cealaltă.

Cele mai multe stări au fost recunoscute corect. Mama s-a implicat serios în exercițiu, în schimb Anca a adoptat o atitudine infantilă, alintându-se.

Mamei i-a plăcut cel mai mult când Anca a transmis sentimentul „speranță", iar fetei i-a plăcut când mama a transmis „dragoste". Le-am ajutat să conștientizeze aceste lucruri și să se bazeze pe ele în relația lor de mai departe.

În ultima sesiune, am întrebat-o pe Anca la ce crede că i-au servit întâlnirile noastre.

Anca: „Ca să nu mai fiu cu capul în nori."

Apoi a făcut un desen despre ea așa cum se simte acum.

A desenat mai îngrijit decât la început, corpul fetiței este mai simetric, sunt prezente palmele și labele picioarelor. Este semn că are un mai bun control asupra mediului ei de viață și o mai mare autonomie. (v. note - desenul 28)

Am încheiat aici șirul întâlnirilor terapeutice ce au durat aproximativ trei luni, deoarece am observat că Anca începuse să adopte față de mine un comportament regresiv și nu mai apăreau elemente cu valoare terapeutică în discuțiile noastre.

Comentarii finale

În acest caz, problema este în special una familială și din păcate tatăl nu a fost receptiv la psihoterapie. În schimb, comunicarea dintre mamă și fiică s-a îmbunătățit. Anca a devenit mai liniștită și mai puțin visătoare și a avut posibilitatea să-și exprime prin povești și desene multe din sentimentele, dorințele, credințele și gândurile ei.

Un efect al terapiei este ilustrat și în cele două desene de la începutul și sfârșitul terapiei.

Părinții au învățat să o privească pe Anca și altfel, i-au cunoscut și alte calități.

La o perioadă de patru luni de la terminarea terapiei, m-a sunat mama Ancăi și mi-a spus că fetița este tot la fel de dezordonată și „puțin motivată" pentru școală, însă și-a dat seama că toți colegii ei sunt la fel.

Cunoscând criticismul și perfecționismul mamei, am interpretat afirmația ca pe un progres în înțelegerea pe care o are față de copil.

II.7. Diana – o terapie centrată pe maturizarea emoțională

Când am cunoscut-o pe Diana, avea șase ani și jumătate și mergea la grădiniță. Copil unic, răsfățată și hiperprotejată de întrega familie, ea nu putea să-și asume responsabilitățile vârstei ei și dezvoltă în ultima perioadă, ca răspuns la solicitările mediului, un comportament regresiv (enurezis, dependență exagerată de membrii familiei în tot ceea ce făcea, dorința obsesivă de a fi hrănită la sân de mama ei). La grădiniță era foarte puțin sociabilă, timidă, retrasă, necomunicativă. Participa puțin la activitățile de grup și era foarte anxioasă în relație cu persoanele necunoscute, având o inițiativă redusă.

În spatele acestor comportamente am intuit existența unei mari insecurități, o imagine de sine vag conturată și imaturitate psihoemoțională.

Părinții s-au adresat terapeutului pentru a fi sprijiniți în a face față stării prezente a Dianei, deoarece se temeau că va începe școala peste câteva luni și nu se va putea descurca.

La prima întâlnire, Diana este foarte timidă, reținută. Ea știe că a venit la cabinet pentru că mama vrea să afle dacă poate să o lase singură în tabără.

A vrut să facă un desen și a realizat un iepuraș pe care l-a numit „Fricosul". Apoi, la sugestia mea, i-a desenat și familia: tata, mama care ține un bebeluș în brațe numit „Sugaciu", frați și surori care erau la casa lor, se descurcau singuri. A inventat o poveste despre ei. Spune că i-ar plăcea să fie Sugaciu, pentru că toți au grijă de el și mama îl ține în brațe toată ziua. Descrie cu plăcere, foarte implicată, cum toți din familie au grijă de Sugaciu: surorile îi încălzesc biberonul cu lapte, un frate îi dă o căciuliță, altul un scutec curat, iar când mama obosește îl iau surorile în brațe. De Fricosul are grijă tatăl, Iepuroiul. (v. note - desenul 29)

Prin intermediul desenului și a poveștii, Diana vorbește despre poziția ei în familie, de nevoia ei de a fi mereu protejată, de frica de abandon. Îi este ușor astfel să-mi spună că și ea ar vrea să sugă de la sân și „nu vrea" să înțeleagă că nu se poate acest lucru.

Am ajutat-o să exprime această nevoie a ei fără să o judec, deoarece știam că vorbind deschis despre sentimente mai puțin acceptate de anturaj ea va putea, datorită alianței terapeutice, să găsească noi modalități de a fi, de a face față mediului. Cum altfel ar putea să dea glas acestor dorințe ascunse pe care le simte ca fiind inadecvate vârstei ei, decât prin intermediul metaforei?

Terapeut: „Diana, când tu îmi povestești despre acest iepuraș Sugaciu, eu mă gândesc că tu ai vrea să fii încă un bebeluș și chiar că există un bebeluș în tine care nu ar vrea să crească și care dorește să sugă".

Diana se luminează în acest moment la față (semn că se simte înțeleasă sau se înțelege pe sine) și îmi spune că s-a gândit la acest lucru, dar nu a spus nimănui. I-am propus să-l deseneze pe acest bebeluș (care simboliza nevoia ei de a fi mică). (v. note – desenul 30)

Realizând acest desen Diana s-a defocalizat de pe problema ei, putând să o privească mai obiectiv.

Terapeut: „Bine. Acum spune-mi ceva despre el."

Diana: „Îl cheamă Petrișor și plânge tot timpul, vrea să sugă. Deasupra lui este o mână care-i dă un biberon."

T: „Acum imaginează-ți că tu ești Petrișor. Ce spui?"

D: „Eu sunt un bebeluș care vreau să fiu îngrijit."

T: „Bine. Diana, ai auzit ce a spus Petrișor. Vreau să-ți propun să-l îngrijești și să-l ajuți să crească și el mare ca tine. Vrei?"

D: „Da." *(cu încântare)*

T: „Bine. Acum am să te rog să-i spui trei motive pentru care merită să fii mare."

D: „Să mergi la școală, să scrii și să citești."

T: „Crezi că l-ai convins să vrea să crească?"

D: „Da."

T: „Bine. Atunci de astăzi tu ai ca sarcină să-l îngrijești și să-l convingi să crească."

Așa a apărut personajul Petrișor, metafora acelei părți din Diana care refuza să crească. Metafora a disociat-o din realitatea sa pentru a o plasa într-alta nouă, unde posibilitățile prind formă. Ea poate astfel să treacă rapid de la o realitate la alta, de la realitatea sa la cea a metaforei pentru o mai bună învățare a supleței și lejerității în gândire, care permit creativitatea. Acest sentiment al identificării cu metafora, conține puterea ei transformatoare – spunea Gordon (1978).

Prin jocul de a-l lua în grijă pe Petrișor, Diana își asumă de fapt responsabilitatea propriei creșteri și maturizări și-și stimulează inițiativa și creativitatea în a găsi noi soluții de adaptare la mediu.

Venise la cabinet ca un copil dependent și neajutorat și pleca cu o responsabilitate, cu o stimă mai mare de sine. Acesta este motivul pentru care la sfârșitul sesiunii Diana este veselă, degajată și foarte volubilă.

La următoarea întâlnire Diana este dornică să vorbească despre desenul cu Petrișor. A adus o rețetă cu hrană pentru bebeluși, scrisă de ea acasă și spune că ar vrea să aibe în prezența mea un dialog cu Petrișor, prin care să-l

convingă să mănânce ceea ce i-a pregătit. Îmi mai spune că nu a reuşit să facă acest lucru acasă şi nu a putut să-l împiedice să vrea să sugă.

Are un joc în care „discuta" cu Petrişor şi-l convinge să mănânce mâncarea pentru bebeluşi.

În sesiunea următoare, Diana este foarte reţinută, interiorizată, necomunicativă. Mama îmi spune că acasă este negativistă, refuză să vină la masă, să aibe cea mai mică responsabilitate, motivând că ea nu poate să facă nimic, nu vrea să crească şi devine furioasă (ţipă, face reproşuri) când nu i se face pe plac.

Schimbarea poate fi uneori dureroasă şi copilul trebuie să fie convins că nu este nici un pericol să renunţe la vechile comportamente pentru altele noi şi că acestea din urmă îi vor putea da chiar mai multe satisfacţii şi mulţumiri.

Era limpede că Diana atinsese o astfel de limită în schimbare. Comportamentele descrise de părinţi erau mărturia unei anxietăţi de separare, de pierdere pe care o simţea copilul.

Pentru că nu avea chef să vorbească, nu am forţat-o şi i-am propus să jucăm puzzle împreună. Acceptă şi timp de 30 minute colaborăm în tăcere în găsirea bucăţilor de puzzle şi realizăm câteva planşe. Am observat că are o bună capacitate de concentrare a atenţiei şi este meticuloasă şi bine implicată în sarcină. I-am comunicat această impresie a mea şi a zâmbit mulţumită.

Apoi a vrut să-l deseneze pe Petrişor care, spune ea, a mai crescut pentru că a vrut să mănânce. (v. note - desenul 31)

În această sesiune pare să nu se fi întâmplat nimic important, dar eu şi Diana am fost împreună, ne-am consolidat relaţia.

Ea s-a simţit acceptată şi neobligată să joace un anume rol doar pentru a face plăcere adultului din faţa ei, aşa cum i se întâmplă în viaţa obişnuită.

La următoarea întâlnire Diana are un nou tonus: este volubilă, îmi arată desenele şi lucrările ei de la grădiniţă. O laud pentru modul în care foloseşte culorile şi pentru simţul artistic deosebit.

Apoi îl desenează pe bebeluşul Petrişor, care mai vrea încă să sugă lapte, însă ea i-a spus că acest lucru nu se poate şi „i-a cumpărat" o acadea – suzeta pe care „i-a băgat-o" în gură ca să-l facă să tacă. (Dealtfel şi ei îi cumpărase mama o astfel de acadea).

Spune că Petrişor are acum trei ani şi vorbeşte aproape la fel de bine ca şi ea. Se îmbracă singur, dar nu foarte corect şi îl învaţă să meargă cu patinele cu rotile. L-a convins să crească povestindu-i despre şcoală şi dându-i încredere că va învăţa să citească diferite cărţi.

A desenat lângă el şi o cană mare, în care i-a pregătit mâncare pe care l-a lăsat să o mănânce singur. (v. note - desenul 32)

Observ cum Diana joacă faţă de acest personaj Petrişor (copilul mic din ea) rolul de părinte grijuliu şi protector, ceea ce arată o diversitate a rolurilor, o mai bună sănătate psihică.

Îmi povesteşte apoi cum îşi îngrijeşte broscuţele ţestoase, că preferă să privească la TV filme, nu desene animate pentru copii şi poate să stea singură în casă, vrând parcă să se afirme ca un copil mare.

În acesta întâlnire, Diana vorbeşte despre două tendinţe, dorinţe ale sale: pe de o parte aceea de a fi mică şi pe de altă parte aceea de a fi mare şi responsabilă. Încă nu îi este limpede pe care să o aleagă şi în consecinţă oscilează între ele.

Sesiunea următoare, părinţii îmi comunică că sunt mulţumiţi de comportamentul fetei din ultimul timp (o săptămână): nu a mai făcut crize afective, şi-a făcut duş singură şi are o mai bună toleranţă la frustrare.

Vrând să testez modalitatea prin care Diana face faţă unei situaţii stresante de viaţă, îi propun un exerciţiu de vizualizare.

Terapeut: „Închide ochii şi imaginează-ţi o mare pe care pluteşte un vaporaş... Dintr-o dată începe o furtună puternică. Vântul bate din ce în ce mai tare, începe să plouă, fulgeră, valurile izbesc vaporul vrând să-l scufunde.
... Ce se întâmplă cu vaporul?
... Imaginează-ţi că tu ai fi acest vapor, ce faci acum?"

Diana: „Vaporul vrea să fugă acasă, să scape de furtună. El este mic, furtuna ar putea să-l distrugă. Acasă stă în pat, bea un ceai fierbinte ca să nu răcească."

T: „Apoi ce face? "

D: „Stă legat cu o curea de casă ca să nu i se întâmple nimic rău şi va pluti pe lacul de lângă casă."

Cele spuse de Diana mă fac să mă gândesc că se simte speriată în faţa situaţiilor necunoscute şi caută să se refugieze în protecţia mediului familial de care este încă foarte dependentă. Aceasta este cauza pentru care nu poate evolua.

Ipoteza aceasta îmi este confirmată de mama ei în sesiunea următoare. Ea îmi povesteşte că Diana este mai deschisă cu membrii familiei, însă foarte necomunicativă cu persoanele necunoscute.

Am pornit să explorez această situaţie împreună cu Diana.

Terapeut: „Ce se întâmplă cu tine de nu vrei să vorbeşti cu persoanele necunoscute cu care intri în relaţie? "

Diana: „Îmi este frică. Când trebuie să răspund la ce mă întreabă, parcă îmi îngheaţă limba şi nu pot să vorbesc."

T: „Asta ţi se întâmplă mai des cu adulţii sau cu copiii?"

D: „Mai mult cu copiii."

T: „La şcoală cum ai să te împrieteneşti cu colegii? "

D: „Nu mă împrietenesc cu ei. Dacă ei vor să vorbească cu mine vorbesc și eu cu ei, dar cu cei de care îmi place. Cu ceilalți nu vorbesc."

Într-o sesiune anterioară îmi vorbise despre faptul că-i considera prieteni doar pe copiii care-i fac diferite servicii sau sunt foarte drăguți cu ea.

Auzind ce-și propune Diana, am hotărât să lucrăm cu această frică folosindu-ne de tehnica desenului metaforic. Diana trebuie să deseneze în colțul din stânga jos al foii de hârtie Frica ei, în colțul din dreapta sus, cum arăta situația când nu-i mai este frică să vorbească cu ceilalți și la mijloc un personaj care să o ajute să scape de frică. (v. note - desenul 33)

Am rugat-o apoi să facă o poveste pornind de la aceste desene. Mi-a spus că Frica are mai multe perechi de mâini. Cu o mână o apasă pe ea, îi pune un inel și-i blochează gura și cu mâinile de rezervă o bate dacă vrea să vorbească cu ceilalți.

Curajul vine în ajutorul ei și îi ia Fricii mâinile de rezervă, păstrând pentru el una și pe cealaltă i-o dă Dianei împreună cu o pălărie fermecată. Diana îi pune un inel la gura Fricii (pe care o pitește în pălăria oferită de Curaj), o taie și o trimite în munți.

Frica se plictisește însă în munți pentru că acolo nu sunt oameni și vrea să vină în lume, dar are de traversat o apă mare și se întunecă. Ea are un copil căruia îi dă pălăria, mâinile de rezervă și o mănușă bună pe care să și-o pună la gură ca să nu înghită apă. Dar această nouă Frică nu îndrăznește să treacă apa și rămâne acolo în munți (și ei îi este frică!). Astfel Diana scapă de ea.

Terapeut: „Cum te vei descurca fără ea? Ce vei face?"

Diana: „Voi vorbi cu ceilalți oameni. Nu o să-mi mai fie frică."

T: „Bine. Atunci îți propun ca până ne vedem săptămâna viitoare să observi cum o să te descurci fără Frica."

Evident că nu mă așteptam ca în urma acestei sesiuni Diana să se transforme într-un copil îndrăzneț și foarte comunicativ în relațiile cu ceilalți. Anxietatea ei socială se baza pe conflicte interioare mai profunde, ce trebuie descoperite și analizate cu grijă, în timp.

Desenul și povestirea metaforică au ajutat-o însă pe de o parte să-și obiectiveze frica, disociindu-se de ea și apoi ajungând să o controleze. Pe de altă parte, a ajutat-o să aibă acces la resursele și abilitățile ei interioare, care odată activate o vor ajuta să găsească moduri mai flexibile de a se raporta la ceilalți, să iasă din rolul ei și să-i dea încredere că există și o stare de „mai bine" atunci când scapă de frică.

La următoarea întâlnire, părinții îmi comunică că Diana are o stare generală mai bună, nu a mai vrut să sugă, își asumă diferite responsabilități pe

care înainte le refuza, nu mai este la fel de mofturoasă. Enurezisul dispăruse încă din prima perioadă a terapiei.

În paralel, Diana îl desenează pe Petrișor care are acum patru ani, mănâncă bine, nu mai vrea lapte din biberon și o poate ucide pe Frica. (v. note - desenel 34, 35)

Următoarele întâlniri le-am avut după vacanța de vară. Starea de bine s-a menținut, Diana se comportă ca un copil mare și chiar refuză ajutorul părinților în activitățile pe care le poate face singură.

Trei sesiuni au fost centrate pe pregătirea pentru începutul clasei întii. Ne-am folosit de jocul „școala" pentru a-i oferi ocazia să-și exprime temerile legate de începutul școlii, de întâlnirea cu colegii. I-am permis să-și pună întrebări și am răspuns împreună la ele.

Într-una din întâlniri am folosit „jocul animalelor" și tema jocului era următoarea: toate animalele erau prietene (fiind perechi, semănau) numai ursul-panda rămăsese singur. Am încurajat-o să ghideze jocul în direcția găsirii de prieteni de către acesta. Unele animale nu vroiau sa fie prietene cu el fiindcă „nu semănau". Elefanții și rinocerul au vrut să-l cunoască însă ursul-panda s-a speriat când rinocerul, vrând să se joace cu el, l-a trântit. După aceea „au mai discutat", ursul și-a dat seama că rinocerul nu are rele intenții ci doar este mai expansiv din fire și au devenit prieteni. Cimpanzeii vroiau să se împrietenească cu el însă urangutanul, care făcea parte din același grup, l-a respins brutal. Apoi toate maimuțele au venit în vizită la ursul-panda și urangutanul, regretând ceea ce a făcut, și-a cerut scuze și au devenit cu toții prieteni buni.

Astfel ursul-panda, care era singur la început, și-a găsit prieteni: pe unii mai ușor și pe alții mai greu.

Morala: dacă ești perseverent și nu te sperii ușor de eventualele respingeri îți poți găsi prieteni și nu te vei mai simți singur și diferit.

Apoi am realizat o paralelă între ceea ce i s-a întâmplat ursului-panda în joc și ceea ce o să trăiască Diana la școală unde nu va cunoaște nici un copil. Am discutat modalitățile prin care poate să-și facă prieteni printre noii colegi. Crede că o să reușească.

La începutul clasei întâi, Diana a plâns puțin dar s-a adaptat mai repede decât credeau părinții ei la începutul terapiei. Mergea cu plăcere la școală, învăța cu ușurință însă era timidă și reținută în relațiile cu învățătoarea și colegii. În clasă vorbea foarte încet, având o mare teamă de a se afirma, era mai puțin activă decât ceilalți copii și nu răspundea decât întrebată.

Încerca să facă față cât mai bine cerințelor școlii (schimbare stresantă în viața ei) însă emoțional nu era încă pregătită. Din acest motiv Diana are tendința, în mod compensator, să aibă acasă un comportament regresiv: o bate

la cap pe mama ei s-o lase să mănânce din biberon sau să-i pună pamperşi, „ca să văd cum este".

De asemenea tot ca mecanism de apărare îşi folosea, în acest moment, refugiul în fantezie. Într-una din întâlniri mi-a spus că are şi alţi prieteni imaginari: pe Trompişor, care „face diferite năzbâtii şi ascunde lucruri pe sub pat", Ochişor care „este în capul meu şi când mă plictisesc răsfoieşte cărţile din bibliotecă" şi Jucăuşul care „vrea să se joace şi nu-i place şcoala". Este interesant că toţi au şapte ani ca şi ea. (v. note - desenul 36)

După ce am lăsat-o să vorbească cu pasiune despre aceste personaje, am ajutat-o să facă diferenţa dintre realitate şi imaginaţie precizând faptul că ei ţin de imaginaţie. Şi pentru că Petrişor „împlinise" şapte ani am considerat necesar să ne dispersăm de el, nemaifiindu-ne util în demersul terapeutic. Diana mi-a venit în întâmpinare când mi-a spus că vrea să scrie noi reţete cu mâncare pentru Petrişor ca să nu mai vrea lapte din biberon. Am rugat-o să-şi imagineze că-i dă mâncarea pentru că el trăieşte în imaginaţia sa şi nu-i poate cere să se poarte într-un anume fel (mama sa îmi spusese la începutul întâlnirii că Diana obişnuieşte să spună că Petrişor o pune să ceară biberonul şi pamperşii).

Am sesizat în acest moment pericolul de a lucra cu Diana centrat pe metaforă şi am stabilit ca obiectiv pentru următoarele sesiuni direcţionarea dinspre imaginar spre realitate. O metodă a fost aceea de a o ajuta să aibă un mai bun contact cu prezentul ei observând cu atenţie ce se întâmplă la şcoală (de obicei nu făcea acest lucru) şi să-mi descrie amănunţit când ne întâlneam: ce făceau colegii ei în pauze, cum veneau îmbrăcaţi la şcoală, cum arătau. Am exersat capacitatea de observaţie în cabinet întrecându-ne care dintre noi vede mai multe obiecte în cinci secunde, distinge mai multe culori diferite, privind pe fereastră, sau aude mai multe sunete, încercând să ascultăm ceea ce poate veni de aproape şi de foarte departe. Ne-am jucat şi cu pipăitul şi Diana a descoperit cât de multe lucruri poate afla doar atingând diferite obiecte. Modelajul din lut a fost util pentru exersarea funcţiilor tactile şi kinestezice.

Cu experienţele senzoriale am ajutat-o pe Diana să devină mai conştientă de sine în prezent, iar aceasta a antrenat un mai bun contact cu mediul său de viaţă şi cu oamenii.

Tot în această perioadă, Diana a făcut un desen numit „Lumea mea" în care a reprezentat luna, soarele, un curcubeu, nori divers coloraţi şi multe stele. Spune că luna era mama şi are grijă de această lume aşa cum mama ei are grijă de ea. Apoi a desenat drumurile pe care steluţele merg la lună şi povestea care a urmat o avea ca punct central. (reflecta şi dependenţa Dianei faţă de mama sa) (v. note - desenul 37)

Acest desen poate fi o reprezentare metaforică a familie Dianei simbolurile materne sunt ploaia şi luna, cele paterne soarele şi stelele, în timp ce copilul este reprezentat de curcubeu (acesta născându-se din ploaie şi soare)

dar şi o reprezentare a universului ei interior, a atracţiei ei spre poezie şi fantezie. A doua ipoteza îmi este confirmată când Diana îmi spune că se simte foarte bine în această lume a ei şi ar dori să intre în ea mai ales la şcoală când se plictiseşte. Însă odată şi-a exprimat dorinţa de a se proteja de dificultăţile pe care le întâmpina acum în viaţă prin refugiul într-o lume imaginară care este mai acceptabilă şi îi dă mai multe satisfacţii. Pentru că această dorinţă a sa avea un risc, am încercat să o fac să înţeleagă care este pericolul de a fugi de realitate. A fost uimită când a aflat că toţi oamenii au câte o lume imaginară pe care o poartă permanent cu ei însă, pentru a se adapta cât mai bine la şcoală, la serviciu, în familie, este necesar să trăiască cât mai bine în lumea concretă, reală. Când i-am amintit de oamenii care vorbesc singuri pe stradă, pentru că s-au pierdut în lumea lor interioară, s-a convins să renunţe să mai fugă în imaginar.

Diana: „Deci dacă intru în lumea mea şi vorbesc singură la şcoală, ceilalţi mă cred nebună?"

Terapeut: „Exact. Ai înţeles bine." *(oftez uşurată)*

În sesiunea care a urmat acestui dialog i-am cerut Dianei să se deseneze pe ea în relaţie cu „lumea imaginară" şi „lumea reală", a vieţii ei de zi cu zi. (v. note - desenul 38)

Lumea imaginară este foarte colorată în timp ce lumea reală este desenată cu creion negru, este mult mai monotonă şi plină de anxietate.

Terapeut: „Observ că ai desenat mai puţin colorat lumea ta reală. Asta mă face să cred că-ţi place mai puţin aici decât în cealaltă."

Diana: „Da.Aşa este."

Am rugat-o apoi să vorbească despre acest lucru.

Mi-a spus că învaţă bine, însă la şcoală nu are prieteni, se teme că va fi respinsă de colegi deşi îşi doreşte să comunice cu ei şi nu vorbeşte mai tare în clasă pentru că se teme că poate greşi şi ceilalţi vor râde de ea.

În următoarele întâlniri am dramatizat, cu ajutorul jucăriilor, diferite situaţii de la şcoală prin care Diana învaţă să aibă reacţii mai adecvate şi să se afirme mai mult. I-am canalizat şi imaginaţia învăţând-o să inventeze poveşti şi jocuri.

Tot acest demers a făcut ca până la sfârşitul clasei întâi Diana a reuşit să fie mai puţin anxioasă la şcoală, să aibă mai multă iniţiativă în petrecerea timpului liber şi mai multă încredere în sine, să realizeze un echilibru mai sănătos între real şi imaginar. Însă continuă să aibă relaţii sărace cu colegii, să aibă inhibiţii şi dificultăţi de comunicare cu ceilalţi.

S-a maturizat emoţional şi mi-a spus că nu s-a mai gândit de mult la Petrişor, nu mai are nevoie de el. L-a desenat spunându-mi că are acum opt ani şi este de fapt ea. (v. note - desenul 39)

Următoarele întâlniri le-am avut când Diana începuse clasa a doua.

Acasă era foarte comunicativă își afirma ideile și nevoile, avea mai multe responsabilități și era mai puțin dependentă de anturaj, deși avea momente când nu este sigură de sine. La școală continua să fie timidă, retrasă și nu avea decât o singură prietenă, față de care avea o atitudine submisivă.

Am stabilit ca obiective pentru această etapă a terapiei: creșterea stimei de sine, creșterea afirmativității la școală și învățarea unor modalități mai bune de comunicare cu colegii.

Am folosit mai multe metode, cele mai utile dovedindu-se a fi: experiențele de mișcare corporală, de respirație și relaxare (imaginea corporală este un aspect important al acceptării de sine), desenul autoportretului, recitarea de poezii cu expresii diferite în timp ce se privea în oglindă (asta fiindcă o speria faptul de a recita la serbare), exerciții de exprimare a propriilor opinii, dorințelor, a ceea ce-i place și a ceea ce nu-i place. Am mimat și situații de luptă fizică în care ea trebuia să se apere și chiar a observat că are mai multă forță decât credea și știe bine să riposteze. A putut astfel să exprime și agresivitatea pe care și-o reprima în relațiile interpersonale cu costul unei submisivități care nu o mulțumea.

Am lucrat în această manieră opt sesiuni pe parcursul a câteva luni, după care am observat cu toții schimbări în comportamentul ei, în direcția pe care mi-o propusesem. Realizând un desen intitulat „Cum mă simt acum", Diana s-a reprezentat pe sine într-o grădină plină cu flori de primăvară, iar cerul bogat colorat coboara până la flori. (v. note - desenul 40)

Spune că se simte bine și fetița din desen are 9 ani, mai mult decât ea (nevoia de autovalorizare). (v. note - desenul 41)

Mai departe Diana și-a facut autoterapie. Le-a cerut părinților să o lase la semiinternat pentru a fi împreună cu colegii ei, „acasă nu am copii cu care să mă joc". Aici s-a integrat bine, și-a făcut noi prieteni, deși nu este prea vorbăreață.

A început să urmeaze cursurile unui cerc de teatru pentru copii unde lucrează multe exerciții de comunicare și dramatizări împreună cu ceilalți. Inițial i-a fost foarte dificil să realizeze ceea ce i se cerea însă nu dorea să renunțe (pas foarte important în maturizarea sa). Ne-am mai întâlnit de câteva ori în această perioadă și am exersat împreună diferite tehnici de expresivitate corporală și verbală, imitarea unor animale, dans pe ritmul tobelor africane (inițial era foarte blocată corporal) și am inventat povești, pentru a o ajuta să devină o „actriță bună".

Toate acestea împreună au făcut ca la sfârșitul clasei a doua Diana să fie mult mai deschisă, comunicativă, cu mai multă inițiativă și imaginație și lucrul cel mai important: are prieteni.

Diana are acum nouă ani și este clasa a treia. A ales să rămână la semiinternat și-mi povestește cu mândrie cum îi ajută pe copiii mai mici la teme. Continuă să meargă cu plăcere la cursul de teatru unde a progresat în ceea ce privește sociabilitatea și creativitatea relațională. Acasă se comportă ca un copil responsabil și părinții sunt mândrii de modul în care a crescut.

La ultima întâlnire i-am spus că vreau să scriu despre ea într-o carte și am rugat-o să se gândească cum au ajutat-o întâlnirile noastre. Mi-a răspuns repede: „Mă descurc mai bine la cursul de actorie. Vorbesc mai mult cu copiii, nu-mi mai este frică de unii copii. *(zâmbește)* Am alungat frica... Mi-a plăcut despre ce am discutat, cum ne-am jucat. Desenez mai frumos. Îmi vin idei ce să fac când mă plictisesc. Am învățat să mă joc cu jucăriile mai frumos... și cam atât."

Și pentru că Diana este și poetă mi-a dăruit două poezii și un desen pentru cartea mea. Le scriu mai jos:

Steluțe

De pe pământ mi se părea că stelele sunt colorate.
Mi se părea că sunt roșii și verzi.
Mi se părea că vorbesc între ele.
Oare ce spun?
Un nor albastru a acoperit stelele.
Acel nor era de ploaie
El spunea că va veni ploaia.

Norișorii

Pe cer erau niște norișori
Ei spuneau:
-Va începe ploaia.
-Când va veni ploaia? Am întrebat eu.
-Nu stiu. A spus unul dintre ei.
-Cînd vom vrea noi. A raspuns celalalt.

(v. note - desenul 42)

Comentarii finale:

Diana a fost în terapie un an și jumătate. Fiind la început un copil cu o mare imaturitate emoțională, nesigur, dependent și interiorizat. Prima parte a terapiei am lucrat folosind un stil nedirectiv oferit de metaforă și tehnicile

expresive (desen, povestit, dramatizare). După ce a câştigat o mai mare maturizare emoţională, renunţând la comportamentele regresive, şi cum accentul prea puternic pus pe imaginaţie devenise periculos pentru echilibrul psihologic al Dianei, am început să folosesc experienţele senzoriale. Acestea, împreună cu lucrul asupra imaginii corporale şi afirmativităţii au ajutat-o să dobândească o mai mare siguranţă de sine şi modalităţi mai bune de contactare a realităţii ei.

Am ajutat-o prin dramatizări, joc de rol şi tehnici de rezolvare a problemelor să se adapteze mai bine la schimbările care au survenit în viaţa sa în decursul timpului: începutul şcolii, relaţia cu colegii, cercul de teatru.

Ultima parte a terapiei a fost centrată pe dezvoltarea personală şi asistarea Dianei în procesul normal de creştere.

Consider că în cazul ei demersul terapeutic a fost complet şi datorită sprijinului dat de către părinţi. Ei nu numai că au fost foarte receptivi în a urma sugestiile mele, ci au şi pregătit-o pe Diana pentru terapie, astfel că la fiecare întâlnire ea venea deschisă şi increzătoare.

II.8. Cosmin – „Sunt furios pe tine, tată!"

Cosmin, în vârstă de 12 ani, a fost îndrumat spre psihoterapie de către medicul dermatolog. El suferea de aproape 2 ani de pelada afiazica (notă: tulburare dermatologică care se manifestă prin căderea părului pe anumite porţiuni), ce nu se vindecase încă prin tratament medicamentos.

Rezultatele şcolare erau slabe, sub nivelul capacităţilor sale intelectuale (QI=120). Prezenta instabilitate psihomotorie, nervozitate şi agresivitate în relaţiile cu cei din familie şi colegii de şcoală.

Dermatologul le-a atras atenţia părinţilor că pelada nu se va vindeca decât în măsura în care băiatul va fi mai puţin nervos şi agresiv.

Cosmin are, de asemenea, o soră mai mică, pe care este gelos datorită preferinţei predilecte a tatălui pentru ea. Tatăl are tendinţa de a acorda mai multă afecţiune fetiţei, pedepsind-o mai puţin şi recompensând-o mai mult. El are serviciul în altă localitate şi vine acasă doar la sfârşit de săptămână, când îl pedepseşte, de obicei, pe băiat pentru că nu învaţă bine la şcoală şi nu este ascultător.

În schimb, mama este echidistantă faţă de copii şi afirmă că soţul ei este îngrijorat de tulburarea dermatologică a lui Cosmin şi doreşte să-l ajute să se vindece.

La interviul preliminar, Cosmin a fost pasiv în discuţie, fără însă a se opune relaţiei terapeutice. În testul familiei, el îi desenează pe părinţi cu braţele

deschise către sora lui Laura, în timp ce el stă mai departe retras şi supărat. Aceste indicii au fost utile pentru ca să înţeleg rapid relaţiile din familie. (v. note - desenul 43)

I-am explicat mamei cum îşi percepe Cosmin situaţia şi cât de important este ca tatăl să-şi găsească timp pentru Cosmin, să-i arate încredere şi să-l trateze ca „de la bărbat la bărbat". De fapt, băiatul nu mai spera ca tatăl să-i mai acorde vreo atenţie.

Ipoteza de la care am plecat a fost că starea lui Cosmin se datorează deopotrivă crizei puberale, dar şi rivalităţii fraterne şi relaţiei cu tatăl. Ca un amănunt în plus, băiatul începuse să dea şi semne de complexare datorită aspectului său fizic.

Obiectivele terapeutice definite au fost:
- schimbarea tipului de relaţie dintre tată şi copil, deoarece conflictele dintre ei întreţineau tulburarea comportamentală a băiatului.
- facilitarea exprimării şi conştientizarea sentimentelor negative prin tehnici expresive.

În prima sesiune, l-am rugat să-şi deseneze starea de furie. A desenat un vulcan în erupţie, cu lavă de culoare roşie şi mi-a spus că atunci când este nervos îi vine să explodeze. (v. note - desenul 44)

La următoarea întâlnire ne-am centrat pe relaţia cu tatăl.
Cosmin: „Eu cred că el vrea să fiu aşa cum a fost el, dar eu îl am pe... Tata a fost crescut numai de bunica de la vârsta de 8 ani. Nu a avut tată. Nu ştiu cum să zic..."
Terapeut: „Vrei să spui că tatăl tău vrea ca tu să trăieşti ca neavând tată şi totuşi să ai?"
C: „Cam aşa ceva..."
T: „Cu tată şi fără tată în acelaşi timp?"
C: „Da."
T: „Înţeleg că tatăl tău, neavând tată, nu a învăţat cum să aibe o relaţie bună cu fiul său, însă chiar dacă tu nu crezi, el vrea să se apropie de tine ca de un fiu. Poţi să speri că o să o facă pentru a te ajuta să nu mai ai boala dermatologică... Poate chiar boala te va ajuta pe tine şi pe tatăl tău să vă apropiaţi mai mult... Gândeşte-te că sunteţi ca doi oameni care au fost despărţiţi mult timp şi acum încep să se redescopere." *(Înainte de acest dialog, întrebându-l despre care credea că ar fi soluţia la problema sa, mi-a răspuns: „Tata să nu o iubească aşa mult pe Laura." - un obiectiv nerealist.)* După discuţie:
C: „Să mă iubească tata tot aşa de mult ca şi pe Laura." *(obiectiv realist.)*

Pentru că tot mai simţea furie şi supărare, l-am pus să-şi deseneze starea. A reprezentat trei copaci în flăcări roşii. (v. note - desenele 45, 46)

T: „Vorbește-mi despre acest desen. Cine le-a dat foc copacilor?"
C: „Un om."
T: „Îl cunoști?"
C: „Da. Laura, cu puterea și voința ei de a-mi face rău. Așa îmi dă ea mie foc."
T: „Ard mereu sau se aprind când și când?"
C: „Ard continuu până se fac cenușă, iar cenușa este purtată de vânt."
T: „Desenează acest lucru."
....
C: „Am vrut să desenez o pădure, așa de mare era furia."
T: „Când le-a dat Laura foc?"
C: „Înainte să mă îmbolnăvesc."
T: „Cu mult înainte?"
C: „Nu."
T: „Un an?"
C: „Mai puțin."
T: „Dar ce s-a întâmplat atunci?"
C: „Tata a început să o iubească pe ea mai mult, a răsfățat-o și nu mă mai pot înțelege cu ea."
T: „Există vindecare?"
C: „Nu. Dacă situația rămâne așa cu tata și cu Laura, nu există. Totul se transformă în cenușă." *(oftează.)*

Am introdus ideea lăstarilor ce cresc din cenușă.

T: „Îți propun să ne imaginăm că din fiecare grămăjoară de cenușă răsare un mic copăcel... Desenează acest lucru..."

Cosmin a acceptat sugestia, dar numai cu condiția să se schimbe relația cu tatăl și cu Laura. A precizat că situația actuală era aceea a copacilor în flăcări. A desenat apoi trei lăstari ce răsar din grămezile de cenușă. (v. note - desen 47)

Prin acest demers, am căutat să-l ajut pe Cosmin să-și exprime sentimentele negative și în același timp am introdus, prin intermediul metaforei, ideea vindecării. Totodată, am stabilit o bază a colaborării lui Cosmin la procesul terapeutic și a reactivării resurselor lui interioare.

La următoarea ședință, Cosmin apare la cabinet la fel de nervos și agitat. Se plânge că tatăl este nedrept cu el și afirmă că Laura este cauza bolii lui. Pus să-și deseneze din nou starea de furie, își reprezintă sora, căreia el, reprezentat de asemenea în desen, îi dă foc. Îmi spune că acesta este unul din cele 6 moduri de răzbunare pe care le-a desenat acasă. (v. note - desenul 48)

La acest moment, am recurs la o tehnică de fantazare pentru a-l ajuta să-și exprime sentimentele ostile într-un mediu securizant și permisiv. Dialogul următor a decurs în stare de relaxare.

Terapeut: „Intră în spațiul tău interior și observă că ai senzații sau sentimente speciale. Uită-te cu atenție la ele pentru că vei putea să înțelegi ce anume îți comunică. Poți să îmi vorbești acum despre aceste senzații sau sentimente deosebite?"
Cosmin: „Răzbunare totală."
T: „Cum apare asta?"
C: „Cum am desenat-o acasă în 6 posturi."
T: „Descrie-o."
C: „Prima: ca și când s-ar îneca și nu știe să înoate. Trece o barcă pe lângă ea și nu o ia. În barcă mă aflu eu singur."
T: „Ce simți când vezi această imagine?"
C: „Sentimente de răzbunare."
T: „Ce simți acum?"
C: „Liniște totală. Plăcere. *(oftează)* A doua: într-o zi frumoasă cu soare, *(oftează)* se apropie un nor, dar un trăznet care o atinge îi dă foc complet și o carbonizează în câteva secunde."
T: „Ce simți acum?"
C: „Nu știu."
T: „Fii atent în interiorul tău. Ești în spațiul tău interior. Ce simți?"
C: „Eliberare de ea și de tata."
T: „Ca și cum ai fi scăpat de o povară?"
C: „Da."
T: „Ai vreo legătură cu trăsnetul?"
C: „Nu."
T: „Altceva ai mai simțit?"
C: „Nu."
T: „După, ce stare ți-a lăsat?"
C: „Bucurie în totalitate."
T: „Simți că te-ai mai eliberat de o părticică din tensiune?"
C: „Da. Complet."
T: „Altceva?"
C: „Nu."
....
C: „A treia: într-o excursie, nu știu cum a fost organizată, se duce pe munte și cade de pe niște pietre. Eu eram muntele și pietrele erau mâinile mele și i-am dat drumul. Cu greu m-am putut abține până a ajuns sus. Foarte greu... Ea urca ușor."
T: „Ce senzație îți dă această imagine?"

C: „Cam aceeaşi din desenul doi: libertate."
T: „Altceva mai simţi?"
C: „Nu." *(oftează.)*
T: „Observ că ai oftat, te-ai mai eliberat de o parte din tensiune?"
C: „Foarte mult."

....
C: „A patra: cea cu focul. Era un bidon cu benzină. L-am turnat pe ea aproape tot. Pur şi simplu s-a transformat în cenuşă, care a fost luată de vânt."
T: „Ce simţi acum?"
C: „Libertate, scăpare, fericire."
T: „Mai simţi aceeaşi tensiune ca la primul desen?"
C: „Da. Urmează altul în care abia mă abţin."

....
C: „Al cincilea: este o haită de lupi dresaţi. *(oftează.)* Ea s-a dus în pădure şi eu la margine, aşteptam. Am aşteptat foarte mult, a trebuit să mă abţin până le-am dat drumul. *(oftează.)* Sunt flămânzi, nu au mai mâncat de mult. Dar a trebuit să aştept până a ajuns ea în mijlocul pădurii. Atunci abia le-am dat drumul."
T: „Ce s-a întâmplat atunci?"
C: „Au distrus-o în întregime."
T: „Ce simţi acum?"
C: „Libertate din nou." *(oftează.)*
T: „Milă faţă de ea?"
C: „Nu, deloc. Simt scăpare de ea."

....
C: „Pe al şaselea nu vi-l pot descrie." *(se încruntă)*
T: „E aşa de cumplit?"
C: „Pur şi simplu."
T: „Ce simţi acum?"
C: „Ceea ce aşteptam de mult. Libertate şi singurătate şi îmi place aşa ceva."
T: „Aşa, fără ai tăi?"
C: „Da."
T: „Nu ţi-e teamă aşa, singur?"
C: „Nu, din contră, îmi place." *(oftează şi apoi zâmbeşte)*

I-am sugerat ca timp de câteva respiraţii să simtă cum pe expir, odată cu aerul, ies tensiunile, nervozitatea, răutatea, iar pe inspir, odată cu aerul proaspăt, intră pacea, liniştea şi bunătatea. I-am sugerat să-şi aducă în minte o imagine frumoasă.

T: „Încearcă să-ţi aduci în minte o imagine frumoasă, în care să te simţi bine, liniştit, calm, protejat. După ce ai obţinut imaginea, deschide ochii."

Trec câteva clipe, după care deschide ochii speriat.

C: „Laura intervine şi strică imaginea."

....
T: „Ce crezi tu că ai obţinut în această sesiune, la ce te-a ajutat ea?"
C: „M-am descărcat. De aici plec detensionat, mă descarc aşa cum o fac şi acum, dar când ajung acasă, mă simt iarăşi încărcat şi tensionat. Mă enervează Laura."
T: „Nu-i suficientă numai această descărcare aici în cabinet, ci tu trebuie să încerci să o menţii şi acasă. Trebuie să faci şi tu un efort în a te schimba. Eu am încredere că poţi face acest lucru."
C: *(zâmbeşte neîncrezător)* „Dar Laura rămâne şi mă enervează în continuare."
T: „Dar tu nu ai dreptul să interzici existenţa cuiva, pentru că nu eşti Dumnezeu."
C: „Asta nu."
T: „Efortul trebuie să fie în mare măsură al tău."

....
T: „Ce obiective îţi propui să urmărim în sesiunile noastre de terapie?"
C: „În primul rând, să-mi crească părul. Apoi, mai vedem."
T: „Pentru a-ţi creşte părul este necesar să ajungi la acel echilibru psihologic de care vorbea doamna dermatolog şi asta presupune efortul tău."

Apoi l-am învăţat câteva modalităţi de a se elibera de mânie, fără să facă rău altora. Astfel, când se simte furios, poate să lovească o pernă, să haşureze, să rupă hârtie, să ţipe, să-şi deseneze mânia.

Aceasta a fost una din întâlnirile terapeutice cele mai importante, judecând după efectele observate mai apoi.

La următoarea sesiune, Cosmin a venit mai vesel, mai zâmbitor şi mai destins. Şi relaţiile cu tata şi cu Laura se îmbunătăţiseră.

Starea prezentă a desenat-o sub forma a 3 lăstari ce apar din cenuşă şi se înalţă spre soare. (v. note - desenul 49)

T: „Povesteşte-mi despre acest desen."
C: „Orice pom, cu cât e mai verde, cu atât e mai populat de păsări, e mai frumos."
T: „Ce simţi acum?"
C: „Puţină bucurie."
T: „Ce o să se întâmple cu lăstarii?"
C: „O să crească mari."
T: „Data trecută, după fiecare imagine de răzbunare mi-ai spus că simţi linişte, bucurie. Ce înseamnă pentru tine aceste sentimente?"
C: *(după un moment de gândire)* „Ceea ce simt acum?"
T: „Vrei să spui că ai ajuns să-ţi atingi scopul fără a recurge la răzbunare?"
C: „Da, pentru că şi tata şi Laura au fost mai înţelegători."

Am introdus apoi tehnica jocului de rol. Prin inversiune de rol cu tatăl și cu sora sa, Cosmin a realizat că sora sa nu-l necăjește pentru că vrea să-i facă rău, ci pentru că este prea răsfățată și crede că-i se cuvine totul. Când a jucat rolul tatălui, a înțeles că pentru tată, cel mai important este înțelegerea reciprocă. Când le-a vorbit tatălui și Laurei, care erau proiectați pe scaunul gol, le-a putut spune ce anume îl deranjează și care sunt nevoile lui în raport cu ei.

În stare de relaxare, am avut următorul dialog:

T: „Intră în spațiul tău interior și observă că ai senzații sau sentimente speciale, deosebite. Uită-te cu atenție la ele și înțelege ce-ți comunică. Ce senzații sau sentimente trăiești acum?"

C: „Sentimente plăcute, liniștite."

T: „Ce îți comunică ele?"

C: „Nu știu. Cred că am înțeles grija tatălui meu pentru mine și bineînțeles și pentru Laura."

T: „Poți să-mi vorbești despre ce s-a întâmplat în interiorul tău?"

C: „O îndreptare spre bine."

T: „Unde simți acest lucru?"

C: „Mai peste tot. Mai mult la tata și la mine." *(oftează)*

T: „Pentru viitor ce sentimente ai?"

C: „Încă nu știu ce sentimente."

T: „Dar gânduri?"

C: „Despre viitor încă nu…"

T: „Dar despre prezent?"

C: „Atât. Înțelegere, bucurie."

T: „Lasă-te impregnat de aceste sentimente de înțelegere, bucurie, speranță și rămâi cu ele. Și atunci când simți că ești plin de ele, deschide ochii."

Sesiunea următoare, Cosmin a venit la cabinet mai destins și mai vesel. Deja relațiile sale cu Laura și cu tatăl s-au îmbunătățit. Totodată, părul a început să-i crească și asta îl bucură foarte mult. Discută cu ușurință despre rezultatele lui școlare, subiect pe care înainte îl evita.

Într-o altă sesiune, a realizat un desen pe care l-a numit „Lupta finală pentru câștigarea războiului". Povestea despre acest desen este aceea a bătăliei dintre rebeli și atacatori. Povestea are și o morală: *„Sacrificiile sunt pentru a învinge. Rebelii s-au sacrificat pentru a fi pace și egalitate."*. L-am întrebat ce anume ar trebui el să-și sacrifice în viața lui de zi cu zi. Mi-a spus că trebuie să-și sacrifice anumite plăceri pentru a-și atinge scopurile, unul dintre ele fiind îmbunătățirea rezultatelor școlare.

În penultima sesiune și-a reprezentat din nou starea sub forma desenului. A făcut o imagine cu 3 copaci înalți, un stol de păsări și soarele sus pe cer. Mi-a zis că se simte bine, iar sesiunile de terapie l-au ajutat să fie mai puțin nervos și agresiv cu sora și cu ceilalți colegi de joacă. Cu toate că și-a schimbat atitudinea față de tată, încă mai are unele resentimente. (v. note - desenul 50)

În ultima întâlnire, am observat o participare mai redusă din parte lui. Răspunde într-o doară la întrebările mele. (v. note desenul 51)

L-am rugat să-și deseneze familia și a început să o facă fără elan. Se situează pe sine între tata și Laura. El se aseamănă cu tatăl și este mai înalt ca sora sa. Observ că nu se mai simte exclus din familie și chiar și-a câștigat și o poziție mai bună.

Spune că în ultima vreme nu a mai avut timp să se gândească la certuri și răzbunări. Simte că s-a schimbat în urma întâlnirilor terapeutice și că a putut astfel să-și răspundă la anumite întrebări.

Constatând un anume plafon în progresul terapeutic, am întrerupt șirul întâlnirilor săptămânale, urmând să ne întâlnim la intervale mai mari de timp.

Comentarii finale:

Cosmin s-a aflat în terapie trei luni.

Prin folosirea tehnicilor expresive și gestaltiste (desen, joc de rol, fantazare), el a putut să devină conștient de mânia sa, să o cunoască și s-o exprime în moduri care nu fac rău celor apropiați. A învățat să evalueze situația și să aleagă între a-și exprima mânia direct persoanei care îl provoacă sau să o exprime în alt mod. Ca efect, Cosmin a devenit mai puțin nervos și irascibil, i-a crescut toleranța la frustrare, și-a îmbunătățit relațiile cu tatăl și sora sa. Aceste schimbări au grăbit vindecarea tulburării dermatologice.

Terapia nu a fost însă completă, datorită neparticipării tatălui, care datorită serviciului nu a venit niciodată la cabinet.

II.9. Gabriel – copilul divorțului și controlul durerii

Gabriel, în vârstă de 9 ani, a fost îndrumat spre psihoterapie, datorită unei cefalee puternice care nu cedează la medicamente. El are și o tulburare oftalmologică severă (cu ochiul drept nu vede aproape nimic) și un traseu EEG modificat, însă acestea nu justifică, după părerea medicilor, starea lui prezentă.

Durerea de cap este însoțită de adevărate crize de plâns până la epuizare și apare în special după un efort fizic sau psihic mai intens. Cefalee, insomnie de adormire, ușoară anorexie sunt simptome ce au început în urmă cu 4-5 luni, la sfârșitul clasei a 2-a. Mama este foarte speriată de starea copilului.

Din anamneză se desprind aspecte ce au putut acţiona ca factori precipitatori, care au declanşat şi probabil întreţin starea prezentă. Părinţii au divorţat în urmă cu 6 ani şi mama relatează că după divorţ, copilul nu a mai zâmbit timp de 3 luni, de unde înainte era foarte vesel.

La sfârşitul clasei întâi, învăţătoarea l-a anunţat pe Gabi că o să ia premiul I, însă la premiere, l-a nominalizat pentru premiul II, după ce i-a modificat două medii în carnetul de note. Gabi a suferit foarte mult în acel moment. La începutul clasei a treia a fost mutat la o altă şcoală unde are o învăţătoare foarte bună.

În prezent, familia este agasată de telefoanele tatălui care pretinde copilul, vrând să redeschidă proces. Mama vrea să se recăsătorească cu un bărbat care îl iubeşte pe băiat, dar îl ceartă uneori. Este important de menţionat faptul că acesta a locuit o perioadă de câteva luni la ei şi aproximativ în perioada în care s-a declanşat tulburarea lui Gabi, bărbatul a plecat să locuiască temporar acasă la el.

Mama este hiperprotectoare şi îi ia întotdeauna apărarea atunci când prietenul ei sau bunica îl mai ceartă pe Gabi. Ea se mândreşte cu faptul că relaţiile cu copilul sunt foarte strânse, bazate pe înţelegere şi prietenie. Totuşi, în ultimul timp, se întâlnesc doar seara, mama fiind foarte ocupată cu serviciul ei. Copilul are tendinţa să se folosească de simptomul lui pentru a obţine atenţia mamei şi se arată mai neputiincios decât este.

<u>În interviul preliminar</u> cu Gabi, l-am rugat să-mi vorbească despre durerile lui. A făcut-o cu plăcere, descriindu-le în amănunt. Simte dureri în zona frontală ce sunt uneori atât de puternice, încât începe să plângă. Alteori acuză dureri în abdomen, în spate, în călcâi, în degetul de la mână, care apar şi dispar brusc, pe neaşteptate. La un moment dat, îmi vorbeşte despre stări disociative concomitente durerii:

Gabriel: „Când mă doare capul, eu pot să plâng şi să vorbesc în mintea mea despre altceva sau chiar să râd."

Terapeutul: „Cine te-ar putea scăpa de durere?"

G: „Mama. Dar nici ea nu poate să facă nimic. Mi-e frică că durerile vor fi din ce în ce mai puternice."

Pe de altă parte, Gabi pare să-şi fi pierdut încrederea în el în urma conflictelor cu fosta învăţătoare. El spune că nu poate citi bine lecţia în clasă şi chiar ţine să-mi arate că nu citeşte destul de repede şi coerent.

Analizând toate aceste date, am considerat că cefaleea şi starea tensionată pe care le are Gabi se datorează atât cauzelor somatice, cât mai ales relaţiilor cu cei din anturajul său, relaţii încărcate de conflicte, ambivalenţă, frustrare, temeri neexprimate (teama de abandon, că o va pierde pe mama sa, teama de schimbare a vieţii familiale.)

În acest caz, demersul terapeutic a avut în mare parte aspectul unei consilieri a membrilor familiei, iar obiectivul terapeutic declarat şi acceptat de Gabi a fost acela de a învăţa împreună să cunoaştem şi să stăpânim durerea şi mai ales ce se afla în spatele ei.

O mare importanţă a avut-o crearea unui relaţii bune cu Gabi, a unei atmosfere prietenoase, permisive, deoarece el este un copil suspicios, refractar şi răsfăţat. De-a lungul întâlnirilor noastre, au fost câteva momente semnificative din punct de vedere al demersului terapeutic.

<u>Prima sesiune</u>

Am dedicat prima sesiune discuţiei despre durere.

Terapeut: „Mie nu îmi este frică de această durere aşa cum îi este mamei tale."

Gabriel: *(Se arată surprins şi nu răspunde nimic. Pare suspicios dar şi interesat totodată.)*

T: „Aş vrea să o putem cunoaşte."

G: *(Încuviinţează, tot fără să vorbească.)*

I-am prezentat un exerciţiu de defocalizare a durerii. I-am spus să-şi reprezinte durerea ca pe un măr. Când îl doare capul, mărul este întreg. Apoi să-şi imagineze că simte această durere şi să încerce să taie câte o felie de măr, observând ce se întâmplă cu durerea. Mi-a spus că scade, dar nu dispare.

Ştiind că durerea are şi un beneficiu secundar, l-am asigurat că nu este necesar să o facă să dispară, ci doar să reducă mărul la o singură felie şi să observe ce se întâmplă. Dar, lucru important – să rămână întotdeauna o felie de măr.

Am încercat să-l decentrez şi să demitizez durerea, lucrând asupra ei în manieră ericksoniană. În final, l-am pus să-şi deseneze durerea de cap. A desenat un măr cu multe linii colorate, verticale.

<u>Sesiunea a doua</u>

Mi-a spus de la început că a încercat să facă exerciţiul cu mărul acasă, dar fără efect, durerea chiar i-a crescut.

I-am propus un nou exerciţiu de lucru asupra durerii, în joacă, prin schimbarea poziţiei ei în corp. Însă a fost rezistent şi la această tehnică, refuzând să creadă că va scăpa de durere. Nu era pregătit să accepte acest lucru.

În schimb, mi-a explicat amănunţit mecanismul durerii lui. Mi-a vorbit despre două tipuri de stări: una în care mai întâi îl durea capul, apoi avea senzaţia de frig şi apoi începea să plângă. Cea de-a doua stare, mai recentă, se declanşează mai întâi prin plâns, apoi prin frig şi la sfârşit cu durere de cap. După ce plânge este foarte obosit, „stors", nu mai poate face nimic, nu se mai poate ocupa de lecţii.

În acest moment am înțeles că cefaleea avea pentru Gabi o semnificație mai profundă decât crezusem inițial și nu vroia să renunțe la ea, cel puțin nu prin tehnicile directive. Am interpretat simptomele descrise de copil ca pe o insecuritate afectivă (frigul), teama de a nu pierde afecțiunea mamei (plânsul o aduce de fiecare dată aproape de el) și în același timp ambivalent în sentimentele lui față de prietenul mamei, pe care îl simte ca un intrus în relațiile dintre ei.

Sesiunea a treia

Mama mi-a spus că Gabi încearcă să-și controleze durerea, dar nu reușește. În schimb nu a mai avut crize de plâns.

Gabi îmi destăinuie credința în „puterile sale bioenergetice", putând să ia sau să dea energie celor din jur. Am remarcat faptul că are nevoie să fie admirat, valorizat și i-am sugerat să-și folosească aceste puteri în vindecarea sa.

Sesiunea a patra

Gabi îmi spune că l-a mai durut capul, dar nu a mai plâns.

Am realizat împreună un desen: fiecare trasa câte o linie și celălalt îl completa pentru ca în final să rezulte ceva cu sens. Folosindu-se de elementele din desen, Gabi construiește o poveste. Este vorba despre un băiat care face scufundări în mare și strânge diferite lucruri: o elice, o ancoră, pești și se simte bine acolo. Zărește un pui de balenă pe care vrea să-l prindă și în acel moment scapă geanta cu medicamente. Se întâlnește apoi cu niște exploratori care erau într-un submarin. În final, băiatul se întoarce acasă fără să ia nici un obiect cu el, dar și fără geanta de medicamente.

Pentru mine această povestire simbolizează faptul că, pe măsura ce lasă să iasă la suprafață din subconștient (reprezentat de scufundarea în mare) temeri, emoții reprimate, Gabi este gata să renunțe la boală (reprezentată de geanta cu medicamente). Am interpretat acest lucru ca pe un progres în terapie, trecerea dincolo de rezistențele puse inițial. (v. note - desenul 52)

Una dintre sesiunile cele mai importante a fost aceea în care am inițiat un joc imaginativ de lucru asupra durerii. Descriu în continuare cum a decurs acest dialog.

Terapeut: „Închide ochii, intră în spațiul tău interior și imaginează-ți că te afli într-un loc plăcut unde te vezi stând pe un fotoliu, privești la un televizor și ai o telecomandă în mînă. Pe ecran poți vedea durerea ta de cap. Cum îți reprezinți durerea? Este o culoare, un sunet, un miros sau o atingere?"

Îl conduc să-și manifeste și celelalte sisteme senzoriale, durerea activindu-l în special pe cel kinestezic. Aceasta are ca efect ieșirea din paternul obișnuit de gândire și simțire precum și deblocarea creativității, care conduce la vindecare.

Gabi: „Este ca un sunet".

Terapeut: „Imaginează-ți un aparat de radio care emite acest sunet. Tu ai telecomanda în mînă și poți acționa asupra aparatului."

I-am sugerat astfel ideea că el are controlul asupra durerii și o poate transforma. L-a amuzat această idee.

Cu ajutorul întrebărilor mele, mi-a descris sunetul reprezentat de durere ca fiind de pisică salbatică, încet, bâlbâit, grav, mai mult plăcut decît neplăcut, mai puțin clar și se oprește pentru cîteva secunde, în mod ritmic. Starea generală creată de sunet este una neplăcută, de iritare. I-am sugerat să transforme sunetul, să-l facă cât mai plăcut.

Terapeut: „Ce transmite sunetul?"

Gabi: „Ceva de mirosit. Ca un început de miros."

T: „Ce fel de miros?"

G: „Mirosul unui animal. Ca un costor, ca o vulpe. Miroase rău."

T: „Îți propun să-l transformi într-un miros de crin. Ce simți acum?"

G: „Mă duce cu gîndul la o poveste: ceva care zboară, ca Aladin... Dar dintr-o dată nu mai este covorul și Aladin cade într-o crăpătură din pământ în care este nisip."

T: „Cine îl ajută să iasă de acolo?"

G: „Trei cuie care erau acolo. Le pune unul la stînga, unul la dreapta, și altul în stînga sus. Apoi pleacă mai departe și ia cuiele cu el. Merge, nu știe unde, dar merge așa. Se face noapte și se împiedică de o piatră și vede fum și adoarme. Cînd se trezește dimineața se scoală de jos și se gîndește unde este drumul. Vede un semn care nu înseamnă nimic și o peșteră."

T: „Ce face acum?"

G: „Merge mai departe spre peșteră."

T: „Lasă-l pe Aladin să ajungă în fața peșterii și să deschidă ușa pentru că acolo poate fi cineva care vrea să iasă afară. Cine este acela?"

G: „Cineva urcat pe cal care sare peste Aladin și fuge în deșert. Cineva ca un fel de umbră, numai ochii sunt vii. Cred că îl urăște pe Aladin. Pare bizar. Calul avea copitele tot ca o umbră. Era cam prost calul... Aladin pleacă mai departe, nu-l mai interesează să intre în peșteră și până la urmă moare de sete."

Comentarii:

Dacă tehnicile directive de lucru asupra durerii declanșau în Gabi reacții de rezistență, metoda indirectă a metaforei este mai blândă și nepericuloasă în termenii schimbării. Ea este atrăgătoare pentru copil, mobilizează capacitățile sale imaginative și permite disocierea: îl scoate din realitatea sa dureroasă pentru a-l plasa într-alta nouă, unde posibilitățile prind

formă. Astfel poate apărea povestea al cărei erou este Aladin, poveste bogată în simboluri: zborul, căderea, peştera, umbra, calul. Interpretându-le, am desprins următorul înţeles: Gabi nu-şi poate sublima sau depăşi conflictele până ce nu se întâlneşte cu tot ceea ce refuză să recunoască sau să admită (cu umbra sa, în termeni junghieni). De aceea eroul Aladin nu poate zbura şi ajunge în faţa peşterii (simbolul inconştientului şi al procesului de interiorizare psihologică) unde se întâlneşte cu călăreţul ca o umbră. Şi nu este întâmplător că umbra este pe un cal, pentru că acest animal, în mitologia tuturor popoarelor, apare ca fiinţa ce trece cu uşurinţă de la noapte la zi, de la moarte la viaţă, de la pasiv la activ. Calul, în povestea lui Gabi, îl leagă pe Aladin (conştientul) cu Umbra (inconştientul) şi astfel se poate produce transformarea. Aladin moare (cad barierele, rezistenţele) şi moartea este simbolul trecerii spre altceva. De altfel, toate iniţierile trec printr-o fază a morţii înainte de a deschide calea către o nouă viaţă, la un alt nivel.

Gabi mi-a transmis lucruri valoroase despre sine în această întâlnire şi depinde acum de mine cum le voi folosi în demersul terapeutic.

În sesiunea următoare, Gabi mi-a comunicat că se simte mai bine, că nu l-a mai durut capul aşa de des şi nu a mai plâns deloc.

A ţinut să-mi descrie cum a simţit boala şi cum îi apare ea acum.

Gabi: „Boala e ca un monstru, ca un om, cum e omul: dacă e iarnă, se obişnuieşte cu iarna, dacă e vară, cu vara. În loc de monstru este boala şi în loc de anotimpuri sunt medicamentele. Alaltăieri, am simţit ceva nou şi de atunci nu mă mai doare capul. Am simţit o stare ca şi cum boala s-a obişnuit cu medicamentele şi sunetul nu mai apare de atunci. "

(Observ ca şi-a integrat experienţa din sesiunea trecută şi a trecut la un nivel superior de înţelegere a stării sale.)

Terapeut: „Acum ce simţi?"

G: „Simt o stare de bine."

T: „Ce culoare i-ai asocia?"

G: „Culoarea roz sau albastru deschis sau închis." *(culori ce simbolizează o stare de destindere, calm, relaxare)*

Pentru a mă asigura cât de veridic este în ceea ce afirmă, am introdus tehnica imaginativă a zidului, care-l obligă pe Gabi să se confrunte cu un obstacol şi să găsească o soluţie de depăşire a lui.

Terapeut: „Imaginează-ţi că mergi pe un drum şi în faţa ta apare un zid. Ce simţi când vezi zidul?"

Gabi: „Mă uit în stânga să văd dacă este ce am căutat (o graniţă). Apoi caut uşa ca să trec, că vreau să trec şi bag de seamă că-i locul singur, că nu este nimeni. E locul pustiu, deşi sunt copaci şi ar trebui să existe vrăbii. Am găsit uşa şi merg în continuare. "

T: „Cum te simţi?"

G: „Bine. Şi merg în continuare spre capătul drumului, spre ceea ce caut. Merg acasă."

T: „Pe cine vrei să găseşti acolo?"

G: „Pe mama."

T: „De unde veneai tu?"

G: „Dacă era graniţa: de altundeva, dar din aceeaşi ţară."

T: „Dacă ar fi acesta drumul vindecării tale, tu unde te-ai afla: în faţa zidului, pe uşa ce te ajută să treci dincolo, pe drum sau acasă?"

G: „Acasă, în pat." *(Şi-a regăsit starea de siguranţă afectivă.)*

Apoi, Gabi mi-a spus că durerea de cap va dispărea odată cu trecerea timpului şi chiar mi-a făcut un desen pentru a-mi explica acest fenomen.

La următoarea sesiune Gabi nu se mai plânge de durere de cap (aceasta revine doar atunci când este obosit). Nu a mai avut crize de plâns, este mai vesel şi merge mai bine cu şcoala.

L-am pus să deseneze un arbore (a ales un brad) şi apoi am iniţiat un joc expresiv cu suport imaginativ, dar cu participarea mişcărilor corporale.

Terapeut: „Am să te învăţ un joc în care tu o să simţi ce simte un brad. Aşează-te pe vine, ţine-ţi strâns genunchii la piept şi imaginează-ţi că eşti o sământă de brad care stă mai întâi sub pământ, apoi creşte uşor, ajutată de razele soarelui. Fii tu sămânţa. Ce simţi tu ca sămânţă? Cum simţi pământul de deasupra?"

Gabi: „Bine. Este cald."

T: „Bun. Acum sămânţa începe să crească uşor, iese de sub pământ şi apare un brăduţ tânăr... Tu eşti bradul. Unde te afli acum?"

G: „La marginea pădurii, sub un castan mai bătrân şi înalt."

T: „Ce faci tu ca brad acum?"

G: „Privesc oamenii care trec pe cărare, animalele sălbatice. Câte o păsărică se aşează pe creangă, dar o alung înţepând-o cu acele."

T: „Să ne imaginăm că acum este primăvară. Cum se simte bradul?"

G: „Bine."

T: „Dar vara?"

G: „Bine. E cald."

T: „Acum să ne imaginăm că vine iarna cu vânt şi zăpadă, crengile atârnă sub greutatea zăpezii, se rupe o creangă... E vânt puternic, bradul se mişcă în bătaia vântului, i se rup crenguţe. Ce simte el acum?"

G: „Îi e frică, îl doare, plânge."

T: „Arată-mi cum se mişcă brăduţul în mişcarea vântului şi cum i se rup crenguţele şi încearcă să simţi ce simte el. Fii tu bradul rănit de vifor."

G: *(Se mişcă cu trunchiul şi mâinile exprimând acest lucru foarte sugestiv.)*

T: „Bun... Acum reapare soarele. Razele lui călduțe îți vindecă rănile... Ce simți acum, brăduțule? ”

G: „Mă simt mai bine. ”

T: „Într-adevăr, brăduțul a ieșit din iarnă mai puternic, a crescut, este acum mai mare și mai pregătit pentru viață.”

Prin acest joc, Gabi s-a implicat activ atât imaginativ cât și corporal în metafora vindecării.

La sfârșit, el a revenit spontan asupra desenului, înnegrind mai mult trunchiul copacului - semn că i-a crescut siguranța și încrederea în propria persoană.

G: „Așa e mai bine.”

În sesiunea următoare, Gabi are aceeași stare. La sugestia mea, și-a desenat familia prin simboluri și a făcut o poveste după desen. (v. note - desenul 53)

Terapeut: „Vorbește-mi despre ceea ce ai desenat.”

Gabi: „Mama este desenată ca o omidă obosită, pentru că tot timpul când vine de la serviciu și vorbim este obosită. Doru, fratele mamei, apare sub formă de stafie, pentru că nu pot să-l sufăr, tot timpul are ceva de zis, mă cicălește. Prietenul mamei este desenat ca rac că e așa ciufut, niciodată nu e hotărât, le face pe toate pe dos. Bunica este desenată drept stâlp de felinar fiindcă este ca ceva care nu te lasă tot timpul în pace, te pândește.

Tata e ca o mașină care pleacă și i-ar trebui mai multe șuruburi la roți, că nu știe ce să facă: pleacă, vine, stânga, dreapta... nici nu știe unde este. Eu m-am desenat ca o urechelniță pentru că este cel mai puternic animal. Duce de vreo 8-9 ori greutatea ei. Mi-ar plăcea să nu mai lucrez așa de mult ca o furnică.”

Apoi imaginează o poveste plecând de la desen :

„Racul, care tocmai a ieșit dintr-o gură de canal, venind din altă țară, se plimbă seara și întâlnește o mașină și se urcă în ea. Urechelnița se urcă și ea în mașină și zice că are noroc. Mașina era gata să calce omida dar, pentru că felinarul lumina, a pus frână. A apărut și o stafie care s-o oprească. Urechelnița zice:

- Bine că a oprit ca să pot să cobor și eu și să caut de mâncare.

Omida se transformă în fluture după ce s-a dus pe felinar. Racul coboară și se duce în alt canal. Mașina își vede de drumul ei. Pleacă și stafia. Se stinge felinarul că vine ziua și gata. Toți au rămas prieteni.”

Comentarii:

Gabi a avut astfel ocazia să-și exprime indirect sentimentele față de membrii familiei sale și modul în care înțelege el situația și relațiile din cadrul familiei. Îl percepe pe prietenul mamei ca pe un străin care vrea să ia locul tatălui său dar pentru puțin timp. Crede că tatăl a vrut să-i facă rău mamei dar nu a reușit fiindcă este apărată de mama și fratele ei. După divorț mamei îi este mai bine (omida se transformă în fluture) și tatăl merge pe drumul lui la fel de dezorientat. Dar ce se întâmplă cu copilul? El se simte tensionat, încărcat cu prea multe probleme care nu-l privesc și care depășesc puterea de asimilare. Simte că duce o greutate prea mare. Are nevoie să scape, să se detașeze de toți, să fie independent și să-și găsească satisfacții în altă parte.

Este momentul să fie antrenat în mai multe activități extrașcolare care să-i facă plăcere și mama să fie consiliată să nu-l mai implice în probleme care nu-l privesc.

Ultima sesiune terapeutică a avut loc după vacanța de iarnă, timp în care nu l-a mai durut de loc capul. Mi-a spus că trimestrul acesta l-a început bine și dorește să meargă la un concurs de judo. A făcut și un desen în care apărea el împreună cu profesorul de judo și îmi vorbește cu pasiune despre această nouă preocupare a sa. Și-a petrecut mai mult timp împreună cu mama și nu se mai folosește de durerea de cap pentru a o ține lângă el.

Am încheiat aici întâlnirile noastre săptămânale, urmând să mai vină la cabinet la intervale mai mari de timp.

Comentarii finale:

Demersul terapeutic în cazul lui Gabi a durat cinci luni și m-am folosit în special de metaforă ca mijloc terapeutic. Consilierea membrilor familiei a fost de asemenea importantă. Simptomele cu care s-a prezentat inițial la cabinet au dispărut și chiar dacă îl mai doare din când în când capul, acest lucru nu-i mai sperie nici pe el și nici pe mama sa. Băiatul a câștigat mult în expresivitatea verbală și nonverbală, este mai vesel și are mai multă încredere în el.

În următoarele trei luni am mai avut câteva întâlniri cu Gabi. Ne-am folosit tot de mijloacele expresive (fantazare, desen, modelaj din lut) care au fost de data aceasta niște pretexte pentru a discuta deschis despre diferite situații din viața lui. Sesiunile terapeutice trecute îl ajutau să gliseze cu ușurință de la mijloacele expresive la amintiri vechi legate de tatăl său (cărora le găsea acum noi înțelesuri), la credințe actuale, cum ar fi aceea că în jurul nostru există mai mult rău decât bine și oamenii mari nu-i înțeleg pe copii. Am vorbit despre nemulțumirile lui în relația cu bunica și cu prietenul mamei și prin joc de rol l-am ajutat să „le spună” ce anume îl deranjează la ei și care sunt nevoile sale. Aceasta a dus la o comunicare mai bună, mai deschisă cu membrii familiei.

II.10. Cristina - fetița care l-a luat pe „Nu vreau" în brațe

Părinții Cristinei (în vârstă de 7 ani) s-au adresat cabinetului de psihoterapie, fiind îngrijorați de modificările survenite în comportamentul fetiței după decesul surorii ei, în urmă cu 2 ani. Ea nu mai este afectuoasă cu părinții, uneori pare absentă, detașată față de ei, este labilă emoțional, plânge des și aparent nemotivat. Uneori manifestă un comportament negativist și este foarte dezordonată (nu vrea să se spele și să se îmbrace cu hainele oferite de părinți).

Accidentul surorii ei a afectat toată viața de familie. Mama este deprimată și-și canalizează toată energia în acțiunea de răzbunare (prin tribunal) împotriva celor care i-au ucis fiica, iar uneori are tendința să o respingă pe Cristina și să o compare cu sora mai mare, care era mai blândă și mai ascultătoare. Chiar în interviul pe care l-am avut cu mama, ea a recunoscut că uneori și-ar fi dorit să fi murit Cristina în locul surorii ei. Acum este îngrijorată de faptul că fetița nu va face față la școală, fiind așa de dezordonată și încăpățânată.

Tatăl, în schimb, este afectuos cu fetița și petrec împreună momente plăcute jucându-se.

Am înțeles destul de repede că fetița trecea printr-o stare reactivă post-traumatică și atât ea cât și familia aveau nevoie de suport. Mi-am propus să-i ajut pe părinți să depășească momentul accidentului, pentru a se putea implica adecvat în relația cu fetița lor, iar pe de altă parte, să o ajut pe Cristina să comunice sentimentele ce nu pot fi ușor verbalizate.

Sesiunea întâi

Cristina este în defensivă, mă privește cu suspiciune și are un facies trist. Știe pentru ce a fost adusă la cabinet, însă nu este pregătită să-și destăinuie sentimentele și gândurile intime legate de accidentul surorii ei și situația familiară actuală. Am început să-i vorbesc, pentru a o securiza în relația cu mine și a-i arăta că o înțeleg.

Încep prin a-i spune că eu cred că se simte tristă și singură fără sora ei și că trebuie să se fi speriat foarte rău în momentul accidentului. O asigur că părinții ei când o mai compară cu sora ei, o fac pentru că le este foarte dor de ea și-i simt lipsa. Îi spun că sunt sigură de faptul că și pe ea o iubesc foarte mult, de aceea sunt îngrijorați de starea ei, și-și doresc ca eu să o pot ajuta să se simtă mai bine și să aibă o relație mai bună cu ei.

În acest timp Cristina mă privește cu interes, nu răspunde nimic, dar eu știu că mă înțelege și îi fac bine vorbele mele. Întotdeauna copii au o mare nevoie să le vorbești și să le explici și au o mare capacitate de a înțelege lucrurile, mult mai mult decât își imaginează adulții.

O antrenez într-o discuție despre diferențele dintre oameni. Prin exemple diferite ajungem amândouă la concluzia că nici unul nu-i la fel ca altul și chiar ar fi plictisitor să fie așa. Astfel încât pot să fac acum o analogie cu diferența dintre ea și sora ei, explicându-i faptul că dacă ea are alte calități, nu înseamnă că-i este inferioară, ci este doar diferită, dar la fel de valoroasă pentru părinți. La sfârșitul acestei discuții Cristina este mai destinsă și acceptă să desenăm împreună, prin tehnica cooperării (fiecare pe rând face câte o linie, cealaltă o completează și în final iese un desen cu sens). (v. note - desenul 54)

Privind desenul, Cristina realizează o poveste: „Ana se duce să-și plimbe cățelul și s-a întâlnit cu Pomul. A venit bunicuța (era casa ei) și l-a întrebat pe Pom unde sunt nepoții ei pentru că a venit să-i ia la masă. A doua zi, copii s-au întâlnit cu o mare. Au făcut o călătorie cu barca și apoi au făcut o excursie la munte. A treia zi s-au întâlnit cu soarele, care i-a sfătuit să nu facă mult timp plajă."

Înțeleg câteva aspecte importante: atașamentul față de bunică și dorința contactului cu părinții (marea și muntele) ca și resursele imaginativ-magice (Pomul vorbitor, însuflețit).

În discuția pe care o am cu mama la sfârșit, o ajut să înțeleagă faptul că fetița are mare nevoie să simtă afecțiunea ei și să nu se teamă de cuvinte, să-i spună că o iubește. Îi mai spun că probabil Cristina a recurs la acest comportament negativist pentru a atrage atenția părinților asupra ei, ca un strigăt: „Eu trăiesc, sunt aici și sunt diferită de sora mea.". Mama înțelege și-și propune să-și schimbe comportamentul față de copil.

La următoarea întâlnire mama îmi comunică faptul că de când și-a schimbat modul de relaționare cu copilul, Cristina este mai afectuoasă cu ea. Este o dovadă în plus pentru mine cât de ușor poți să-și câștigi copilul fiind atent la nevoile lui și satisfăcându-le. Uneori, un simplu gest face minuni (o încurajez în felul acesta pe mamă).

Cristina vine cu plăcere la cabinet. Începem un desen prin tehnica cooperării. De această dată, conduc indirect desenul spre realizarea unei case, a două fete (Ana și Maria), a unui copac îndoit și a norilor cu ploaie și fulgere. Dorința mea este să o conduc spre exprimarea sentimentelor și a gândurilor legate de sora ei și accident (simbolizat de furtună). (v. note - desenul 55)

Titlul desenului este „Surorile" și am construit împreună următoarea povestire:

Cristina: „Au fost odată două surori. Ana, sora mai mare s-a dus cu câinele la plimbare."

Terapeut: „Era pe înserat."
C: „Tuna şi fulgera."
T: „Începu să bată un vânt puternic."
C: „Ana a început să plângă."
T: „Ea o striga pe Maria."
C: „Ana ajunse acasa. Maria stătea în ploaie şi plângea."
T: „Maria se rătăcise în pădure."
C: „Se întâlnise cu un măr."
T: „Mărul a întrebat-o de ce plânge."
C: „Maria a spus că se rătăcise."
T: „Ea a spus că îi este frică."
C: „Mărul a sfătuit-o să se ducă acasă. Ana a venit şi a ajutat-o."
T: „Dar era foarte întuneric şi s-a rătăcit şi Ana."
C: „Şi atunci bunicuţul şi bunicuţa strigau dupa Ana şi Maria. Fetele s-au regăsit şi erau bucuroase."
T: „Să presupunem că s-a întors numai Maria acasa, fără Ana. Ce făcea ea singură?"
C: „Le povesteşte bunicilor cum s-a întâmplat. Maria o văzuse pe Ana şi a strigat la ea dar aceasta nu o văzuse fiindcă era foarte departe. Nu mai plângea Maria, ci numai Ana pentru că nu-şi găsise sora. Ajunge şi Ana acasă."
T: „Să presupunem că Ana nu a mai ajuns acasă. Ce se întâmplă cu Maria?"
C: „A doua zi începuse soarele să lumineze şi Ana se bucură că vede pe unde să meargă şi în sfârşit ajunse acasă."

Faptul că spune des „nu vreau", „nu ştiu să povestesc" şi mesajul povestirii: surorile se regăsesc şi sunt fericite împreună, m-au făcut să înţeleg că fetiţa nu dorea să vorbească despre acest subiect direct. Încercasem să-i propun ceva pentru care nu era pregătită.

De aceea, am renunţat la această pistă pentru a mă orienta spre copacul îndoit (simbol al relaţiei sale cu factorul traumatizant) şi i-am propus să facem un joc dramatic: ea să joace rolul copacului şi eu pe cel al naturii.
Terapeut: „Stai aşa cum stă copacul... În acest moment începe să plouă, să tune, să fulgere, bate un vânt puternic. *(Scot sunete sugestive.)* Ce face copăcelul?"
Cristina: „Se îndoaie."
T: „Arată-mi cum te îndoi copăcelule. Cum stai?"
C: *Se apleacă în stânga, cu braţele şi corpul într-o poziţie ce sugerează o stare de apăsare, deprimare, dezdănejde, resemnare. Fiind vorba de partea stângă, asta mă face să mă gândesc la relaţia cu mama.*
T: „Ce simţi acolo?"
C: „Este greu, mă doare corpul."

T: „Acum vine soarele. *(imaginea vindecării)* Ce se întâmplă cu tine, copăcelulu? Furtuna se sfârşeşte şi soarele începe să te lumineze şi să te încălzească. Ce faci?"
C: „Rămân tot aşa."
T: „Foarte bine. Rămâi aşa."
C: *(după câteva minute)* „Dar este prea greu. Mai bine vin la loc. Nu vreau să rămân aşa... Acum este mai bine."
T: „Cum se simte acum copăcelul tău?"
C: „E vesel. Se simte bine."

Astfel, prin metaforă şi implicare corporală am parcurs drumul de la traumă la vindecare. Se poate obseva cum Cristina trăieşte tensionat relaţia cu mama, exprimată prin jenă în partea stîngă a corpului, iar intervenţia tatălui, simbolizat de soare - principiu patern, regenerator - declanşează schimbarea. Acestea sunt elemente pe care mă voi baza mai departe în consilierea părinţilor. Este momentul ca tatăl să petreacă mai mult timp împreună cu copilul.

Apoi, pentru că am observat cât de des îl pronunţă Cristina pe „nu vreau", m-am folosit de o poveste metaforică pe care am numit-o „Fetiţa care l-a luat pe „nu vreau" în braţe". În construirea acestei povestiri metaforice am ţinut cont de informaţiile culese din discuţiile cu părinţii, de preferinţele Cristinei, realizând o paralelă indirectă cu situaţiile din viaţa sa reală.
Terapeut: „A fost odată o fetiţă care l-a luat pe *Nu vreau* în braţe... Arată-mi cum îl strângea ea în braţe! Aşa, foarte bine! Chiar mai strâns... Într-o dimineaţă, când s-a trezit, mămica ei i-a spus să meargă să se spele. Fetiţa a spus *Nu vreau*. Atunci mama a chemat-o la masă. Fetiţa ce a spus? *Nu vreau!* Mama nu a mai avut ce să facă. Tăticul ei, văzând că nici nu s-a spălat şi nici nu s-a îmbrăcat, i-a spus să meargă să se schimbe şi să se pieptene. Dar fetiţa, pentru că îl ţinea pe *Nu vreau* în braţe, nu a făcut ce i-a spus tatăl ei şi i-a răspuns... Cum? *Nu vreau, Nu vreau!* Apoi, părinţii au plecat la serviciu. Fetiţa a rămas singură cu *Nu vreau* în braţe. Când a venit mama de la serviciu, a chemat-o pe fetiţă la masă. Dar ea: *Nu vreau!*, pentru că îl ţinea strâns pe *Nu vreau* în braţe. Tăticul ei a venit şi el şi, pentru că era ziua ei de naştere, i-a adus o rochiţă frumoasă în dar. Însă ea nu a vrut să se îmbrace cu acea rochiţă, pentru că îl ţinea pe *Nu vreau* în braţe.

La uşă cine crezi că a sunat? Bunicuţa. Ea i-a adus fetiţei o pungă mare cu dulciuri şi fructe. Ţie ce dulciuri îţi plac?... În pungă erau şi multe astfel de dulciuri. Şi ce fructe preferi?... Da, erau şi din acelea. Era o pungă mare, plină, şi când fetiţa a întins mâna să o ia, ce crezi că s-a întâmplat? Da, într-adevăr, ea l-a scăpat pe *Nu vreau* din braţe şi a uitat de el, aşa că acesta s-a rostogolit pe jos şi s-a pierdut. Fetiţa a mâncat multe dulciuri şi fructe din punga de la bunica. Tăticul, văzând-o bucuroasă, i-a adus din nou rochiţa. Fetiţa, spre

mirarea tuturor, a îmbrăcat-o. Mămica i-a chemat pe toţi la masă. Fetiţa a spus: *„Vreau să vin şi eu"*. Mama s-a mirat, pentru că fetiţa răspundea de obicei *Nu vreau*. Numai bunicuţa râdea pe furiş, pentru că ea ştia ce s-a întâmplat cu fetiţa. Şi, de atunci, fetiţa nu a mai răspuns mereu *Nu vreau* la tot ce îi cereau părinţii ei, pentru că ea îl pierduse pe *Nu vreau* şi toţi au fost fericiţi."

Cristina, după ce a ascultat cu atenţie, implicându-se în povestire, mi-a mărturisit că şi ea l-a luat pe *Nu vreau* în braţe cu câţiva ani în urmă şi nu îl poate scăpa, pentru că îl ţine bine.

Am rugat-o să privească în oglindă cînd pronunţă pe „nu vreau" şi apoi pe „vreau", să repete de mai multe ori şi să-mi spună cînd crede că este mai frumoasă. Găseşte că îi place mai mult de ea în cea de a doua situaţie. Am sfârşit sesiunea într-o admosferă destinsă şi i-am sugerat Cristinei să se privească în oglindă cînd îl spune pe „nu vreau" şi să spună altfel dacă nu-i place cum arată (sugerarea schimbării comportamentului, prin introducerea ideii de frumos).

Comentarii:

Aceasta a fost una dintre cele mai prolifice sesiuni terapeutice ţinând cont de impactul pe care l-a avut povestirea metaforică asupra Cristinei. Ea a realizat o punte de conectare între sine şi evenimentele din povestire, fără să se simtă în pericol să facă asta, aşa cum s-a întâmplat printr-o abordare directă.

<u>În sesiunea următoare</u> am pornit discuţia de la povestea fetiţei care l-a luat pe „nu vreau" în braţe şi am făcut asociaţii cu sitiţiile din viaţa ei reală. Mi-a precizat că acasă ea spune mai des „nu vreau", dar nu spune şi „vreau", deşi a constatat că atunci când se uită în oglindă este mai drăguţă atunci când spune „vreau".

La rândul ei, mama îmi comunică că a observat o schimbare în comportamantul fetiţei. Este mai maleabilă, mai afectuoasă, mai puţin negativistă.

Am propus să continuăm jocul în care ea este copacul şi eu norul, dar de data aceasta, doar prin desen. Am făcut împreuna o serie de 6 desene, la care Cristina le-a imaginat povestiri adecvate.

Desenul 56: Copăcelul era obosit pentru că-l încălzise soarele prea tare. Acum adormise şi visa că vine ploaia ca să-l răcorească. Norul acoperise puţin soarele ca să-l apere pe copăcel.

Desenul 57: Norul a adus ploaie şi a venit cu puiul lui, o fetiţă. Copăcelul a avut un pui. Ploaia îi răcorea pe cei doi copacei.

Desenul 58: A venit un nor mare de tot. Cerul era aproape negru şi soarele aproape nu se mai vedea. Ploua cu piatră şi fulgera. Copacului i s-au rupt nişte crengi. El nu putea face faţă furtunii. S-a culcat la pământ.

Desenul 59: Ploaia s-a mai potolit. Soarele a apărut din nou. Norul l-a ajutat pe copăcel să se ridice de la pământ. Pe copăcel îl dureau locurile de unde i se rupseseră crengile în furtună. A apărut şi multă iarbă.

Desenul 60: Soarele străluceşte pe cer. Mai picura puţin. Copăcelul se vindeca sub lumina soarelui. Iarba este verde acum.

Desenul 61: Copăcelul a crescut, a devenit puternic. Este verde. Este foarte aproape de nor pentru că vrea să-i mulţumească.

Comentarii:

Prin norii care plouă, furtună, soare, am creat diferite situaţii provocative care au obligat-o pe Cristina, care se identificase cu copacul, să găsească soluţii de a rezista factorilor stresanţi. Am căutat să înţeleg care sunt posibilităţile ei de însănătoşire, resursele ei şi pe de altă parte, să-i sugerez metaforic ideea vindecării rănilor provocate de traumă. În toate aceste situaţii, fetiţa a reacţionat foarte bine, iar mesajele ei au fost foarte sugestive.

Sora ei are o apariţie discretă în desenul 57, pentru a dispărea în al 58-lea desen, când furtuna era foarte puternică. În această situaţie dramatică, un copac dispare, celălalt rămâne, dar este doborât la pământ (o evocare a stării ei negative, depresive). În desenul următor, copacul se ridică (a integrat experienţa din sesiunea trecută, chiar dacă poartă încă urmele rănilor trecutului), a apărut iarba (simbol al vieţii). De data aceasta, ploaia şi soarele hrănesc viaţa (a apărut dorinţa de a trăi).

Această bucurie de a trăi apare mai puternic în desenul 60, când iarba este colorată în verde, iar copacul este vindecat. Acest copac este mai mare, starea afectivă este pozitivă.

Ultimul desen este mărturia puterii ei generatoare: copacul este mare, vindecat, plin de viaţă şi culoare.

Remarc gestul frumos de mulţumire pe care îl face copacul spre nor (dovada unei relaţii terapeutice bune).

<u>Comentarii finale</u>:

Demersul terapeutic a durat doar 3 sesiuni, în care Cristina a realizat indirect, prin desen şi povestiri metaforice, să-şi exprime deprimarea şi apoi să regăsească resurse pentru vindecare. În această intervenţie, creativitatea a funcţionat ca un limbaj primar pentru realizarea insight-ului şi a vindecării. Părinţii la rândul lor, au înţeles dorinţa fetei de dragoste necondiţionată şi protecţie, modificându-şi atitudinea faţă de Cristina. În acest fel, fata nu a mai avut nevoie să-şi păstreze comportamentul opoziţionist.

Ne-am revăzut după 10 luni. Observ o mare schimbare în aspectul ei exterior. Este mai cochetă, acordă importanţă felului în care se îmbracă. Între timp, Cristina a început şcoala, cu rezultate foate bune. Nu mai plânge şi are

relații calde cu părinții. I-a povestit mamei istoria fetiței care l-a luat pe *Nu vreau* în brațe și ori de câte ori a spus *Nu vreau*, mama a avut grijă să o atenționeze, spre amuzamentul amândorura.

La dorința Cristinei, am mai avut o serie de 6 întâlniri în care am abordat prin desen și joc cu păpuși, modelaj cu lut, diferite situații din viața ei: relația cu colegii de clasă, ce înseamnă să fii o bună prietenă, cum să se înțeleagă mai bine cu părinții. Am urmărit în special, descoperirea unor modalități mai bune de rezolvare a diferitelor situații problematice, stimularea creativității, a expresivității și creșterea încrederii de sine.

În una din aceste întâlniri mi-a vorbit indirect, prin intermediul jocului de păpuși, despre sora ei (era pentru prima oară când o făcea de bună voie), istorisind întâmplări petrecute împreună (jocurile, darurile primite de la părinți etc). Cristina se simțea liberă acum să păstreze și să povestească în acest fel toate amintirile plăcute legate de sora ei și aceste amintiri nu vor muri niciodată. Este un semn că a depășit momentul traumatizant legat de decesul surorii ei.

II.11. Robert – cel neastâmpărat (caz redactat de Geanina Cucu Ciuhan)

Robert este un copil diagnosticat cu hiperactivitate și deficit de atenție. El are 9 ani și este elev în clasa a III-a.

Date diagnostice. La începutul tratamentului, pe Scala de evaluare a hiperactiviății cu deficit de atenție, completată de învățător, Robert prezenta 10 dintre cele 14 simptome ale hiperactivității cu deficit de atenție. Scorul total (27), deși mult peste media normalității, era la limita semnificației clinice. Copilul are un nivel intelectual mediu slab (QI=88, Matrici Progresive Raven Color). Este un copil extravert, optimist și vesel, cu o dorință foarte mare de a participa și de a merge înainte. Este însă dominat de instincte, agresiv și cu o permanentă nevoie de mișcare. Copilul nu are percepția corpului propriu în relație cu mediul, nu-și poate controla propriile răspunsuri și emoții. Este un copil fără granițe personale.

Este adus la cabinetul psihoterapeutic de ambii părinți, care se plâng de agresivitatea manifestă a copilului în relația cu ceilalți colegi și de capacitatea lui scăzută de a-și concentra atenția în timpul lecțiilor.

Desfășurarea demersului terapeutic

O parte esențială a modelului de lucru experiențialist este dezvoltarea normală a copilului. Dezvoltarea sănătoasă și neîntreruptă a simțurilor, corpului, sentimentelor și intelectului este baza imaginii de sine a copilului. Majoritatea copiilor care au nevoie de ajutor au un lucru în comun: unele imperfecțiuni în funcțiile lor de contact. Funcțiile de contact sunt: privirea, vorbirea, atingerea, ascultarea, mișcarea, mirosul și gustul. Copiii cu probleme nu sunt capabili să utilizeze una sau mai multe funcții de contact în relaționarea cu adulții din viața lor, cu alți copii sau cu mediul în general. Buna utilizare au neutilizarea funcțiilor de contact este un semn al forței sau slăbiciunii interioare a copilului (V.Oaklander, 1988).

Am centrat demersul terapeutic pe îmbunătățirea imaginii de sine. În acest scop, am creat o atmosferă caldă, încercând ca în primele sesiuni terapeutice să-i ofer copilului un spațiu sigur și protejat în care el să se poata desfășura. Am plecat de la ideea că primul pas spre o schimbare reală și de durată este ca Robert să se accepte pe sine așa cum este, cu alte cuvinte, să-și cunoască dificultățile și să și le accepte. Odată realizat acest obiectiv, copilul va lua singur hotărârea de a introduce schimbarea.

Când a venit la cabinet, Robert avea o imagine de sine proastă și incompletă. El nu-și găsea centrul de echilibru și era pe cale de a pierde contactul cu realitatea, trăind în același timp un puternic sentiment de inferioritate. Avea momente când sistemul său senzorial kinestezic se bloca (ex: cădea inexplicabil cu scaunul din bancă). Alteori se manifesta agresiv, în special la școală. Nu vedea pe unde merge și se lovea de bănci, obiecte și colegi (sistem vizual blocat). Adesea nu răspundea la întrebări sau răspundea cu altă idee (sistem auditiv blocat).

Tehnica focalizării

Teoria focalizării își are rădăcinile în terapia rogersiană și a fost elaborată de E.T.Gendlin în 1981. Se pune accentul pe experimentul corporal, mai exact pe acele momente ale experimentului care sunt confuze, nefamiliare, marginale și vagi. Teoria focalizării pleacă de la ideea că schimbarea nu se poate produce dacă persoana trăiește numai experiențe familiare. În psihoterapie se pune un foarte mare accent pe simțul corporal. Principalul efort al terapeutului se îndreaptă spre a-l ajuta pe copil să devină conștient de starea sa în situațiile problematice. Gendlin propune un demers terapeutic compus din șase pași. Primul studiu legat de utilizarea acestei tehnici în psihoterapia copilului a fost publicat în 1986 de psihoterapeutul american G.Neagu.

În aplicarea tehnicii focalizării la copii trebuie să se plece de la premisa că relația terapeutică este mult mai importantă decât tehnica în sine. Ca regulă, nu se aplică tehnica decât dacă copilul dorește să schimbe atmosfera (sau nu-și

exprimă clar opțiunea pentru altă activitate) și i se lasă întotdeauna posibilitatea să iasă din joc dacă dorește.

Am luat hotărârea de a începe cu această tehnică deoarece am constatat că Robert avea mereu ceva de reproșat celor din jurul său. Astfel, unii prieteni „se prefac că-i sunt prieteni", „dușmanii" lui au pus ceva pe gheața lacului pe care el patina (era iarnă) pentru ca el să se împiedice, tot ei au pus și cioburi de sticlă pentru ca el să se taie, colegii îi folosesc și îi distrug obiectele, etc. Atunci când se simțea „insultat", Robert acumula energia negativă, îi creștea tensiunea musculară și singura modalitate de a se elibera de această tensiune era să-l lovească pe „agresor".

Pasul 1: I-am propus lui Robert un joc în care el trebuie ca la fiecare început de ședință să se plângă de toate nemulțumirile pe care le are, de toate lucrurile sau situațiile care îl înfurie sau îl deranjează. L-am înregistrat în timp ce vorbea, iar apoi l-am pus să asculte caseta. După fiecare nemulțumire auzită pe casetă am întrerupt ascultarea și l-am încurajat pe Robert să se întoarcă spre sine și să conștientizeze cum anume îl face lucrul sau situația respectivă să se simtă. Scopul a fost dublu: pe de o parte de a-l învăța pe copil să-și acorde un timp în care să-și asculte propriile sentimente, iar pe de altă parte de a-l învăța să nu-i fie frică de propriile sentimente și să le valorizeze.

Nemulțumirile enumerate de Robert au fost:

1. Nu-mi place când tata îmi spune să nu mă joc cu copiii mai mari ca mine.
2. Mă deranjează când tata nu mă lasă să-mi cumpăr pistoale cu bile, pentru că spune că se strică repede.
3. Mă deranjează când tata îmi spune să nu mă joc cu copiii care s-au luat mai demult de mine.
4. Mă deranjează când mama nu mă lasă să ies afară dacă vede că tușesc.
5. Mă deranjează când Dragomir (coleg de clasă) se ia de mine fără să-i fac nimic.
6. Mă deranjează când mă vorbesc colegii de rău.

Pasul 2: I-am cerut copilului să aleagă nemulțumirea care îl deranjează cel mai mult. A ales-o pe cea cu numărul 5 (relația dintre Robert și respectivul coleg de clasă era foarte tensionată și încărcată de agresivitate, cei doi punând practic în pericol aproape în fiecare pauză atât propria lor securitate fizică, cât și pe cea a colegilor).

Pasul 3: I-am cerut lui Robert să deseneze problema, iar apoi să deseneze senzația corporală pe care o are atunci când se gândește la nemulțumirea respectivă. Acest lucru are darul de a-l ajuta să se distanțeze și îi dă sentimentul de control asupra problemei. Robert și-a desenat corpul plin de mici rotocoale roșii, pe care le-a descris ca fiind mușchii lui încordați din cauza tensiunii pe care i-o provoacă relația cu colegul său. Acesta a fost desenat alături, cu pumnii „uriași" îndreptați asupra lui (v. note – desenul 62).

Pasul 4: Am insistat pe senzația corporală descrisă de Robert și am accentuat-o (amplificare). Acest lucru l-am realizat cerându-i copilului să se deseneze din nou pe sine pe o altă coală și să încerce să localizeze cât mai exact zonele unde simte „mușchii încordați".

Pasul 5: L-am întrebat pe Robert ce anume îl face să simtă senzația corporală de încordare. El a spus că în astfel de momente se enervează foarte tare.

Pasul 6: L-am încurajat să continue trăirea senzației de tensiune, de încordare musculară. După un timp, l-am întrebat dacă nu cumva dorește să întrerupă respectiva senzație.

Cei șase pași sunt o nouă metodă prin care copilul învață să trăiască cu o problemă. El înțelege astfel că persoana lui nu este sinonimă cu problema și că se poate separa de ea și, în același timp, să continue să o trăiască.

„Mușchii" lui Robert

Am creat acest exercițiu terapeutic special pentru Robert, în urma aplicării timp de câteva ședințe a tehnicii focalizării.

Am luat o coală mare de hârtie pe care am lipit-o pe perete. L-am rugat pe Robert să se așeze cu spatele la coala respectivă, lipit de ea. I-am spus că eu voi încerca să-i desenez conturul corpului. Odată operațiunea terminată, am dezlipit coala de pe perete și am întins-o pe masă. Robert a fost foarte încântat de rezultat. Atunci i-am spus că sarcina lui va fi să-și coloreze imaginea corpului. Dar nu oricum, ci în urma unei analize tactile atente cu palmele și cu degetele de la mâini. I-am spus că ne interesează în primul rând mușchii lui: atunci când identifică un mușchi, trebuie să-i observe atent forma și apoi să o deseneze întocmai. Rezultatul a fost că mușchii lui Robert apăreau pe coala de hârtie sub forma unor rotocoale mici și roșii, el reușind să exprime în desen nivelul ridicat al tensiunii musculare (v. note – desenul 63). Un alt aspect a fost însă și mai clarificator: pe post de mușchi apăreau și zone osoase (genunchiul, umărul, călcâiul), copilul motivând că și acolo sunt mușchi pentru că zona e tare. Apărea astfel clar imaginea deformată a propriului corp. I-am explicat ce este un mușchi și i-am luat ca exemplu palma. L-am rugat pe Robert să pună palma stângă pe coala de hârtie și cu mâna dreaptă să deseneze conturul. Apoi l-am rugat să pipăie cu atenție palma și degetele de la mâna stângă și să deseneze toți mușchii pe care îi poate identifica. După o „muncă" de 10 minute, Robert a identificat 20 de mușchi pe palma sa stângă, desenați cu destulă acuratețe (ca poziție și dimensiune). Apoi a repetat operațiunea cu palma dreaptă.

În ședința următoare, Robert a trebuit să-și deseneze mușchii de pe mâini, picioare, mușchii feței și mușchii abdominali. L-am rugat să deseneze cu altă culoare. Pe planșa obținută în final se putea observa cu ușurință cum

rotocoalele mici şi roşii din prima şedinţă a luat forme alungite, mult mai apropiate de forma reală a muşchilor.

„Prietenii şi duşmanii mei" sau „Exerciţiu de autocunoaştere"

În imaginarea acestei tehnici am plecat de la ideea, verificată în cazul persoanelor adulte, că acele informaţii din mediu care-l afectează puternic pe om sunt de fapt propriile lui proiecţii. Am presupus că acest lucru trebuie să fie valabil şi în cazul copiilor, păstrând proporţiile. Astfel, acele persoane pe care copilul le detestă, întruchipează chiar propriile lui trăsături de personalitate, de care nu este conştient (trăsături inconştiente). Intensitatea trăirii negative este chiar intensitatea trăsăturii respective. Astfel, primul motiv menţionat de copil trebuie să fie trăsătura cu cea mai mare intensitate. De asemenea, acel personaj pe care copilul îl admiră cel mai mult întruchipează trăsături de personalitate inconştiente ale acestuia, şi anume ceea ce psihologii umanişti numesc nucleul pozitiv. În orice copil, indiferent cât de hiperactiv, de obositor, de agresiv şi de enervat ni s-ar părea că se comportă, există şi un nucleu de trăsături pozitive, care aşteaptă să fie puse în valoare. Noi nu le observăm, şi nici chiar el nu ştie că ele există. După părerea mea, unul dintre scopurile principale în tratamentul acestor copii este de a-i ajuta să-şi cunoască şi să-şi pună în valoare aceste trăsături de personalitate. Tehnica acţionează în sensul cunoaşterii de sine.

I-am dat lui Robert o coală de hârtie format A4 şi creioane colorate.

Instrucţiuni: *„Primul lucru pe care te rog să-l faci este să împarţi foaia în două jumătăţi egale, pe verticală, cu creionul."* (I-am arătat cum să facă acest lucru.) *„Acum, te rog să te gândeşti la persoanele care nu-ţi plac de loc, care te enervează la culme, pe care tu îi consideri duşmani. După ce te-ai gândit bine, te rog să desenezi în jumătatea stângă a foii."* După ce Robert a teminat de desenat am continuat: *„Acum te rog să te gândeşti la trei motive pentru care nu-ţi plac copii respectivi, ce anume fac ei şi ţie nu-ţi place."*

Robert a desenat doi băieţi cu care el se întâlneşte în faţa blocului, când iese la joacă. A spus că-l deranjează cel mai mult atunci când se iau de un prieten al lui (pe care îl cheamă tot Robert), când se leagă de copiii din faţa blocului de faţă cu părinţii lor şi când pun petarde la uşa lui, pe scara blocului. (v. note – desenul 64).

L-am rugat pe Robert să se gândească şi să-şi amintească dacă nu cumva şi el s-a luat vreodată de un copil, chiar în prezenţa părinţilor lui. Mi-a spus că s-a întâmplat acest lucru „doar o singură dată" şi mi-a povestit situaţia. Apoi l-am întrebat dacă el a pus vreodată petarde la uşa cuiva pe scara blocului. Robert mi-a răspuns că da, pentru că i s-a părut amuzant.

Apoi am continuat astfel: *„Acum, te rog să te gândeşti la acele persoane de care îţi place cel mai mult, pe care îi consideri prietenii tăi. După ce te-ai gândit bine, te rog să-i desenezi în jumătatea dreaptă a foii."* După ce

Robert a terminat de desenat am continuat: *„Acum te rog să te gândeşti la 3 motive pentru care îţi place de aceşti copii, ce admiri cel mai mult la ei."*.

Robert a desenat doi fraţi, o fată şi un băiat (Robert şi Isabela) care locuiesc cu el pe scară. A spus că cel mai mult îi place la Robert (prietenul lui) că nu plânge niciodată şi că şi el se străduieşte să-i urmeze exemplul şi să nu plângă din orice. De asemenea, îi place că-l protejează, şi în schimb şi el face tot ce poate ca să-l protejeze de eventualii „agresori". (v. note – desenul 64).

După şase luni de tratament simptomele lui Robert s-au ameliorat simţitor, reprezentând doar 6 din cele 14 simptome ale hiperactivităţii cu deficit de atenţie la Scala de evaluare a hiperactivităţii cu deficit de atenţie, completată de învăţător, şi un scor total de 21, mult sub limita semnificaţiei clinice.

CAPITOLUL III: Experienţa pierderii şi a durerii la copii. Repere în consiliere.

III.1. Pierderi aşteptate versus pierderi neaşteptate

Definim pierderile aşteptate ca fiind acele pierderi conştientizate şi pentru care te poţi pregăti în avans. Pierderile neaşteptate sunt rezultatul întâmplării, al evenimentelor care nu pot fi anticipate.

Vom încerca să luăm în discuţie toate aspectele pierderii şi durerii aplicate la copilărie, recunoscând natura unică a acestei suferinţe. Cu siguranţă că profunzimea experienţelor durerii diferă de la un caz la altul. Încă de la naştere copilul experimentează schimbări cauzate de separaţie şi pierderea unui anumit model de dezvoltare. După naştere urmează şi alte asemenea modificări, în funcţie de stadiile de dezvoltare. Probabil că cele mai pregnante schimbări se produc la pubertate (Lendrum şi Syme, 1992), schimbări esenţiale trecerii spre maturitate, o sursă a stresului pentru mulţi copii. Copiii au nevoie de sprijin din partea adulţilor, faţă de care manifestă un puternic ataşament şi care îi pot ajuta să rezolve sentimentele de pierdere implicate în asemenea situaţii. Atunci când se instalează un oarecare confort, acesta va reprezenta un fundament pentru ca ei să poată face faţă viitorului. Multe pierderi nu sunt recunoscute şi nici apreciate la adevărata lor valoare. Schneider (1994) arăta că jelirea şi tristeţea pot afecta dezvoltarea normală, alterând aşteptările individului şi percepţia sa asupra lumii sau, dimpotrivă, pot mări oportunitatea pentru creşterea şi rezolvarea altor experienţe.

Studiile lui Bowlby (1971, 1973) arată că în primele şase luni de viaţă, copiii dezvoltă un ataşament special faţă de persoanele care îi îngrijesc. De asemenea, experimentează reacţii dureroase speciale, mai ales dacă are loc separarea lor de obiectul ataşamentului. Copiii sunt capabili să rezolve pierderile dacă au o relaţie de securitate rezonabilă cu proprii părinţi înainte de apariţia pierderii, dacă primesc informaţii prompte şi clare despre pierdere, dacă li se permite să participe la durerea familiei.

Pierderea copilului diferă de pierderea adultului în multe modalităţi. Din punctul de vedere al dezvoltării personalităţii, copiii sunt mai puţin pregătiţi să se confrunte cu pierderea. Experienţa şi deprinderile lor cognitive

sunt limitate, iar abilitatea lor de a da un anumit sens experienţelor este redusă. De asemenea, au un control redus asupra circumstanţelor în raport cu adulţii, depind de ceilalţi, sunt primii care recunosc faptul că se află în suferinţă, anticipă şi cer îndeplinirea nevoilor. Uneori, suferinţa lor poate fi minimalizată şi considerată inexistentă de către adulţi. În cazurile în care durerea nu este înţeleasă, durerea experimentată de către copil nu este interiorizată şi asumată, el încercând să nege procesul de jelire care îl face şi mai capabil să rezolve durerea.

Apar evenimente care au inevitabil rezultate dureroase şi care au nevoie să fie înţelese şi depăşite. Schimbarea şcolii, mutarea într-o altă casă, apariţia unor probleme serioase cum ar fi hospitalism sau moartea unui prieten drag – sunt numai câteva exemple de pierderi experimentate de către copii în timpul vieţii. Chiar şi naşterea unui nou frăţior poate fi resimţită ca o pierdere a poziţiei de copil unic şi a avantajelor care decurg din aceasta. Factorul comun în toate aceste situaţii este dat de teama de a pierde ataşamentul şi dragostea părintească. Fiecare copil a suferit un anumit tip de pierdere în timpul copilăriei sau chiar, în anumite cazuri, pierderi multiple (divorţ, decesul bunicii, schimbarea şcolii). Pierderea mediului familial stabil înseamnă şi o mulţime de alte pierderi, ca: nevoia de a schimba casa sau şcoala, pierderea contactului cu alţi membri ai familiei şi chiar pierderea animalelor preferate. Toţi copiii, inclusiv cei care nu arată semne evidente de durere, au nevoie de suport şi de îngrijire din partea adulţilor în validarea sentimentelor şi încorporarea pierderilor în rândul experienţelor de viaţă. Acolo unde există violenţă sau abuz, efectele asupra copilului necesită intervenţia imediată a unui specialist.

Nu toate pierderile sunt cauzate de separaţie. Copiii pot experimenta un întreg nivel al pierderii interioare ca pierderea identităţii, confidenţei sau stimei de sine. Este vital pentru un copil ca aceste pierderi să fie recunoscute sau să fie luate în serios. În timpul adolescenţei, majoritatea se confruntă cu stres specific cauzat de modificările corporale, ale relaţiilor, ale imaginii de sine, ale identităţii sexuale şi ale aşteptărilor parentale. Nu este surprinzător că aceşti factori, combinaţi cu creşterea independenţei şi a retragerii graduale de sub influenţa parentală, îl poate pune pe adolescent în situaţia de a fi copleşit de sentimentele de pierdere şi insecuritate. Adolescenţii experimentează puternic aceste sentimente, se tem de pierderea controlului asupra propriilor emoţii şi, deseori, maschează reacţiile prin diverse strategii: activitate sexuală crescută, relaţii conflictuale cu cei din jur etc. (Dyregrov, 1991).

În multe situaţii pierderile pot fi anticipate. Ca o parte a procesului de dezvoltare stadială, copiii se pregătesc pentru viitor. Pregătirea copiilor pentru pierderi înseamnă capacitatea de a le spune „la revedere" şi dezvoltarea unor strategii de a le face faţă. Atunci când copilul este prea mic pentru a anticipa

pierderea, munca de dezvăluire poate fi făcută de către adulții din jurul acestuia. Copiii pot fi introduși în problematica pierderilor prin discuții și chiar folosind cărți sau alte surse. Experiențe ca începerea școlii, nașterea unui frățior, moartea unui bunic necesită o pregătire specială. Pierderile neașteptate sunt mult mai dificil de rezolvat pentru copii. Deseori sunt asociate cu evenimente traumatice și chiar adulții consideră dificil a le face față. În cazul morții neașteptate, Dyregrov (1991) atrage atenția în ceea ce privește distincția care trebuie făcută între efectele cauzate de natura traumatică a morții și reacțiile dureroase. Wolfelt (1992) descrie câteva mituri comune referitoare la durere: durerea unui copil este de scurtă durată, experiența durerii și jelirii poate fi predictibilă, scopul ajutorului acordat copiilor este depășirea durerii și jelirii. Autorul menționează faptul că fiecare copil răspunde la durere într-o modalitate personală. Nu există o cale unică pentru jelire și nici o formulă unică de parcurgere a procesului dureros. Există totuși reacții comune experimentate de majoritatea copiilor aflați în suferință. Reacțiile imediate includ: șoc, negare, protest, apatie. Pierderii inițiale îi răspund de regulă prin negare, crezând că prin această modalitate pot ține durerea la distanță. Fixarea acestei atitudini poate produce neplăceri îngrijitorilor și este recunoscută ca fiind un mecanism de apărare incapabil să ajute copilul să-și rezolve propria durere. Există și copii care răspund la pierdere printr-o disperare imediată și care nu poate fi eliminată atât timp cât obiectul durerii reapare (Dyregrov, 1991). Pe lângă aceste patternuri comune, gama manifestărilor include o mare varietate de reacții: anxietate, tristețe, vinovăție, rușine, dezorganizare, tulburări de somn și simptome fizice (Wells, 1988). Unele reacții nu apar în mod clar și de aceea pot fi interpretate în mod greșit sau incomplet înțelese de către aparținători și îngrijitori. Chiar și în cazurile în care este evidentă pierderea suferită de către un copil, cu greu se poate admite ideea că un anume tip de comportament al acestuia este consecința durerii.

Fiecare copil experimentează în mod unic o varietate de gânduri, sentimente și comportamente. În funcție de aceasta se nasc și anumite nevoi: reasigurare acolo unde situația o face posibilă, răspunsuri oneste la întrebările legate de pierdere, recunoașterea problemei și asigurarea că a fost luat în serios, suport emoțional pentru eliminarea disconfortului (anxietate, frustrație, îndoieli, vinovăție, disperare, singurătate, insecuritate), să fie ajutat să-și exprime jalea într-o modalitate apropiată sufletului său, să participe la ceremoniile familiale în cazul în care pierderea include întreaga familie, să fie ajutat să plângă, să fie ajutat să depășească în timp aceste pierderi și să recapete bucuria de trăi.

III.2. Fazele durerii și reacțiile comportamentale caracteristice la copii

Fiecare experiență dureroasă este unică. Fiecare proces dureros prin care trece copilul include trei faze: durerea de început, durerea acută și durerea subsidiară. Fazele urmează una după alta și includ, la rândul lor, mai multe componente.

La fel ca adulții, copiii trec prin aceste faze la fiecare pierdere suferită, oricât de minoră ar putea fi aceasta. Pentru că expresia durerii fizice și a celei sufletești în cazul copiilor diferă de cea a adulților, este important ca cei care lucrează în munca de consiliere cu aceștia să recunoască reacțiile lor comportamentale, pentru a găsi cea mai bună modalitate de răspuns. S-a constatat că acei copii care primesc sprijin din exterior vor trece mai ușor și mai sănătos prin pierdere și chiar mai productiv pentru varietatea sentimentelor exprimate.

În cazul durerii de început (timpurii) cele mai comune reacții includ negarea (disocierea, hiperactivitatea, iritabilitatea, protestul), alarma și panica. Toate aceste reacții pot determina stres și iritabilitate.

Conștient sau inconștient, negarea este un mecanism care ajută la prevenție, evitare și reducerea anxietății. Ajută la suprimarea acelor emoții care ne fac să ne simțim vulnerabili, la conservarea energiei necesare următoarelor faze.

În această fază nu este un lucru neobișnuit ca pentru câteva momente pierderea să fie pur și simplu uitată. Un efect al pierderii îl reprezintă disocierea. Mulți copii par a se mișca prin viață pur și simplu ca niște roboți, zâmbind și răspunzând unor iluzii. Ei spun că se simt ca și cum n-ar fi în contact cu ei înșiși. Această experiență de disociere poate dura de la câteva ore până la câteva luni. Este posibil ca în această perioadă copilul să arate foarte puțin interes pentru tot ceea ce este în jurul său, să pară rupt de realitate, suspendat în timp și spațiu, să evite conversațiile și orice contact interpersonal, să se retragă din activitățile sociale.

Regresia este o altă caracteristică ce poate însoți durerea. Regresia poate include de asemenea manifestări mai speciale: lovituri, mușcături, murdărirea hainelor, creșterea activității orale (își sug degetele sau părul, mușcă hainele, creioanele).

Unii copii pot exprima faptul că au nevoie de mai multă securizare devenind mai posesivi decât de obicei sau chiar furând. Regresia copiilor îi determină adesea pe adulți să fie îngrijorați, temându-se de faptul că modificările circumstanțiale în sfera comportamentului s-ar putea

permanentiza. Pe cât de iritabil ar putea fi răspunsul de acest gen al copilului, nu este, de obicei, o alegere conştientă a acestuia. Stresurile majore, cum ar fi moartea unui părinte sau divorţul părinţilor pot determina comportamente regresive care pot dura câteva luni de zile, apărând în mod recurent şi cu potenţial de repetare chiar şi la intervale de câţiva ani, când ceva reînvie experienţa pierderii. Odată ce copiilor li se permite să-şi exprime supărările şi să facă unele reajustări necesare, ei revin de obicei la nivelul de echilibru anterior. Regresia poate fi o parte a procesului de vindecare după pierdere, pentru marea majoritate a copiilor. Deşi nu trebuie să fie duri cu copilul, totuşi părinţii trebuie să îşi impună deciziile cu fermitate. Adulţii care se tem că prin comportamentul regresiv copilul poate deveni penibil în preajma altor copii, pot cere acestuia să restrângă comportamentele respective la mediul privat al casei. După o perioadă rezonabilă de timp, vor putea cere copilului să îşi reajusteze comportamentele la cele potrivite cu vârsta, concentrându-se pe câte o activitate care să ajute copilul să îşi asume încet actele şi responsabilităţile anterioare.

Este important să se stabilească expectaţii şi perioade de timp corecte. Se poate apela la terapia prin joc de scurtă durată, dându-i astfel copilului posibilitatea să se comporte în virtutea regresiei comportamentale pe care o manifestă. În acelaşi timp, adultului i se oferă posibilitatea să găsească modalităţi de comunicare mai uşoare cu copilul, astfel încât problemele legate de pierdere să fie discutate, fără ca adultul să fie implicat într-o situaţie stresantă.

Copiii cu un părinte absent pot nega realităţile circumstanţiale care au generat pierderea şi refuză să creadă că părintele nu mai este disponibil pentru ei. Ei se pot bucura de amintirile pe care le au cu părintele respectiv, pot privi poze, scrisori, într-un mod obsesiv uneori. Pot merge până într-acolo încât sunt capabili de orice compromis, numai să-şi vadă părintele sau să îl sune la telefon.

Pot învinui în mod furios pe cel care îi îngrijeşte sau pe alţii pentru absenţa părintelui pierdut. Atunci când adultul care îngrijeşte copilul se simte la un moment dat sub nivelul adultului dinaintea sa, poate avea parte de reacţii extrem de neplăcute din partea copilului şi care pot fi depăşite cu mare dificultate. Cu toate acestea, deşi comportamentul copilului poate determina resentimente sau gelozie din partea adultului implicat, este totuşi un semn din partea copilului că poate dezvolta sentimente puternice de ataşament, că acceptă să fie îngrijit de cineva şi că poate răspunde cu aceeaşi dragoste.

Distragerea, devierea şi hiperactivitatea sunt alte reacţii comportamentale la pierdere. După o pierdere, mulţi oameni, de toate vârstele, pentru a evita să se gândească la ceea ce s-a întâmplat, pot deveni foarte, foarte activi.

Copiilor începe să le displacă să se joace singuri şi, ca atare, cer compania altei persoane sau privesc în mod constant la TV, pentru a-şi distrage atenţia de la ceea ce s-a întâmplat. Sau îşi pot concentra toată energia în activităţi şcolare, sport, cluburi sau hobby-uri, lucruri care le oferă deopotrivă o activitate care îi ţine ocupaţi şi îi face să se simtă competenţi. Unii încep să fie preocupaţi de problemele celorlalţi. Adolescenţii folosesc adesea căştile casetofonului sau telefonul pentru a umple timpul liber şi pentru a-şi bloca reacţiile interioare. Unii pot începe să recurgă la alcool sau la droguri, pentru că acestea îi ajută să uite de problemele cauzate de pierderile suferite.

Atunci când se aşteaptă de la ei să fie tăcuţi sau concentraţi, unii copii pot să asculte sau să danseze rock, să se masturbeze sau să cânte şi să îşi vorbească sieşi. În cele mai multe cazuri, aceasta se întâmplă în timpul nopţii, dar se poate întâmpla şi la şcoală. Oriunde ar apărea, asemenea comportamente sunt extrem de jenante sau enervante, mai ales atunci când îi împiedică pe ceilalţi să se odihnească sau să studieze. Din nefericire, mult prea frecvent atât profesorii, cei care supraveghează copilul, cât şi pediatrii, pot decide că aceia care trec prin asemenea faze au nevoie de îngrijire medicală, fără a realiza că este vorba de o fază normală a exprimării durerii. Este indicat un control neurologic, aceşti specialişti fiind mai în măsură să diferenţieze între o stare de agitaţie datorată durerii, care cere timp şi suport, şi deficienţele de concentrare a atenţiei sau tulburările hiperactive care trebuie tratate dintr-o perspectivă pur medicală.

O altă consecinţă a pierderii o reprezintă reacţia faţă de alarmă şi panică. Este firesc pentru oricine să simtă frică faţă de perspectiva pierderii celor pe care îi iubeşte. Adulţii se pot întreba dacă viaţa mai merită trăită, dar cei mai mulţi au învăţat că îşi pot continua viaţa şi după pierderea cuiva de care au depins cândva. Copiii, pe de altă parte, au avut prea puţine experienţe de acest gen sau chiar le-au lipsit în totalitate. Depinzând de alţii, care au grijă de ei, ei sunt mult mai vulnerabili pentru că, fără această grijă, ei pot muri cu adevărat. Pentru că pierderea cuiva iubit este asimilată unui risc fizic, copilul reacţionează ca şi în cazul unei ameninţări la propria viaţă. Aceasta poate determina manifestări somatice specifice: creşterea pulsului, tensiune musculară, uscarea gurii etc. Aceste reacţii psihologice normale îi pot face să se simtă anxioşi, cuprinşi de panică (ce poate dura uneori până la câteva ore) şi sleiţi de puteri pentru a merge mai departe.

Unii psihologi sunt de părere că insomnia ce apare după o pierdere majoră este legată pur şi simplu de resimţirea pericolului în care se găsesc (*„Nu pot să dorm pentru că nu sunt sigur că inima mea va mai bate după ce mă trezesc"*). Copiii trebuie reasiguraţi de faptul că propria moarte este ceva mult prea îndepărtat şi că temerile prelungite de această natură nu se pot justifica. În cazul în care copilul este încă foarte anxios, atunci se poate face o

examinare medicală, pentru a linişti copilul că totul este în ordine şi nimic rău nu i se poate întâmpla.

Faptul că poate lua cu el la culcare o jucărie sau un animal de care este foarte ataşat îl poate face să se simtă mai puţin vulnerabil. De exemplu, studiile arată că privitul peştilor într-un acvariu produce relaxare şi scăderea tensiunii musculare, ba chiar şi reducerea presiunii sângelui. Împărtăşirea unor gânduri, prezenţa unor gesturi prieteneşti îl vor face pe copil să se simtă acceptat şi îngrijit, mai mult, îi va demonstra faptul că cineva îşi asumă responsabilitatea pentru viaţa lui, nu numai pentru nevoi şi sentimente.

Anxietatea de separare apare adesea în momentele în care îngrijitorul dispare pentru o perioadă scurtă de timp sau atunci când părinţii hotărăsc să se separe. Acest tip de anxietate poate fi trăit în mod intens, mergând până la coşmaruri. Reacţiile de separare la copiii mici pot îmbrăca forma regresiei sau a depresiei atunci când sunt separaţi de proprii părinţi (îngrijitori), reacţii ce pot persista o perioadă mai îndelungată după ce copilul şi aparţinătorul se reunesc, din cauza temerii copilului că îngrijitorul poate pleca sau ar putea dispărea din nou.

Dacă îngrijitorul copilului se îmbolnăveşte, copilul se teme că acesta se va separa şi că ar putea decide să nu se mai întoarcă la el (Linn, 1990, pag. 25). Părintele nu poate părăsi camera fără a auzi un frenetic strigăt: *„Unde eşti, mamă?"*, iar atunci când merge la toaletă aude imediat copilul vorbind sau ciocănind la uşă. Copiii stau şi ascultă la conversaţiile adulţilor care se axează pe pierdere şi separare. Răspunsul nonverbal al copilului la întoarcerea mamei de la spital (după o cură) este de ignorare în prima zi şi, mai apoi, un zâmbet în ziua următoare, când îi pregăteşte micul dejun. Anxietatea de separare se manifestă şi atunci când copiii dorm departe de îngrijitori sau când aceştia sunt departe de ei. În familiile în care unul dintre copii a decedat, ceilalţi fraţi pot să nu mai vrea să meargă la şcoală, iar ataşamentul faţă de un părinte decedat poate crea dificultăţi şcolare de proporţii.

Atunci când părinţii se hotărăsc să petreacă un sfârşit de săptămână fără copii, lăsându-i la bunici, este indicat să se lase acestora un număr de telefon la care pot suna şi vorbi cu ei în orice moment.

Anxietatea de separare se produce şi atunci când are loc tranziţia de la un îngrijitor la altul. Nu de puţine ori mamele se culpabilizează atunci când trebuie să meargă la serviciu, iar copilul rămâne bocind în urmă. Ce poate fi făcut în asemenea cazuri? Copilul trebuie reasigurat în mod absolut că mama se va întoarce după câteva ore. Din când în când, se poate apela şi la telefon, pentru a vorbi personal cu copilul. Pot fi încurajaţi să vorbească despre rutina zilei şi este extrem de important ca din tonul vocii mamei să reiasă faptul că nimic rău nu s-a întâmplat cu ea. În cazul în care unul dintre părinţi pleacă de acasă pentru câteva zile, copilului i se poate da un calendar în care să bifeze fiecare zi până ce părintele se va întoarce.

Etapa secundară a procesului de jelire include câteva componente: dor şi căutare, tristeţe, teamă, anxietate vinovăţie şi ruşine, experienţa dezorganizării şi disperării şi, în final, începerea procesului de reorganizare. Fiecare fază ajută copilul să depăşească pierderea prin acceptarea a ceea ce s-a întâmplat şi prin începerea procesului de refacere şi reaşezare sufletească. Uneori copiii reprezintă o mixtură a acestor sentimente, nefiind ceva neobişnuit ca la un moment dat să predomine o stare, ca mai apoi un alt sentiment să devină predominant. Unii copii se pot simţi copleşiţi de anxietate sau tristeţe, în timp ce alţii, de teamă şi culpabilizare. Chiar dacă aceste sentimente sunt prezente sub formă de mixtură sau în mod succesiv, în procesul de vindecare trebuie urmărite şi tratate fiecare în parte.

Cercetările indică faptul că sentimentele de ambivalenţă şi conflictele interioare contradictorii legate de persoana pierdută complică procesul durerii, extinzând perioada de timp necesară refacerii. Copiii trebuie să ştie că sentimentele şi reacţiile lor sunt comune şi normale în situaţiile de durere, că reîntoarcerea la creativitate implică durere şi că nu există cale de a scurta toate acestea, întreg procesul trebuind să fie parcurs. Este onest să cunoască faptul că plânsul este o parte a acestui proces şi că trebuie să înţeleagă şi să găsească o modalitate de a-i permite să se producă. Este foarte important pentru copil să simtă că se află în centrul preocupărilor adultului şi că experienţa sa are valoare în ochii acestuia. Mesaje de genul: *„Sentimentele tale sunt importante pentru mine şi-mi voi face timp să le ascult"*, trebuie date cât mai des cu putinţă.

Cel mai important moment este acela al începerii procesului de refacere şi vindecare. După o vreme în care au experimentat toate sentimentele şi trăirile normale în asemenea momente, copiii se hotărăsc să revină la o viaţă care să le asigure creşterea şi dezvoltarea personală. Începe parcurgerea drumului bunăstării fizice şi psihice. Aceasta înseamnă abandonarea trecutului şi trăirea în prezent şi viitor. Pe acest drum există multe obstacole, greutăţi, popasuri, reîntoarceri, dar lucrurile vor evolua într-un sens pozitiv. Are loc integrarea celor întâmplate în sfera a tot ceea ce este bun în viaţa celui care a suferit pierderea.

III.3. Refacere și reașezare. Consilierea copiilor (triști, depresivi, temători și agresivi) și a familiilor lor

Majoritatea copiilor care au suferit pierderi mai păstrează în primele șase luni după pierdere dispoziția de doliu și durere. Încă se mai păstrează sentimentele de anxietate, furie, plânset lăuntric, iar capacitatea de concentrare și organizare este încă șubredă. Pentru cei mai mulți copii, ajutorul trebuie să sosească înainte ca ei să integreze în mod pozitiv pierderea. Acești copii pot rămâne furioși sau depresivi și chiar striviți sub ruinele propriilor pierderi. Sunt fără puterea necesară refacerii și reașezării pe noi fundamente. Unora le lipsește abilitatea de a se implica în relații cu ceilalți și chiar devin preocupați de probleme de sănătate care implică durere fizică. Se pot teme exagerat de mult de singurătate. Pentru copiii aflați în suferință, nimic în afară de eradicarea pierderii nu va aduce confortul adevărat, iar efortul care nu se încununează cu acest rezultat este privit ca nefolositor și chiar poate provoca furie și teamă.

Pierderea conține și o parte traumatizantă pentru copil, așa că orice intervenție din partea profesioniștilor trebuie să țină cont de acest aspect extrem de important. Nu este ușor pentru copil să străbată drumul refacerii și restructurării după pierdere. Toate tipurile de pierdere cer o perioadă de timp, necesară pentru liniștirea apelor, sau chiar un timp mult mai îndelungat pentru despăgubirile rezultate de pe urma procesului dureros. Este de preferat consultarea unui specialist în pierdere și separare, întrucât chiar acei profesioniști care lucrează de mult timp cu copiii se simt depășiți și neajutorați în fața pierderilor traumatice pe care le suportă copiii. Acest tip de intervenție necesită o pregătire și o practică în domeniul pierderilor, durerii, suferinței, speranței și morții. Un profesionist fără o asemenea practică se poate simți confuz, neștiutor, depășit și chiar poate înrăutăți starea sufletească a copilului aflat în situații dureroase.

Semnele care sugerează aceste situații pot fi: deteriorarea relațiilor dintre copil și aparținător, prezența mult mai multor boli sau dureri la copil decât existau în mod obișnuit, activitățile copilului trădează intenția și efortul depus pentru a scăpa de anxietate, stres, durere, se simte jenat și nu vrea să vorbească despre pierdere, evită asemenea subiecte, discuții superficiale și indiferente despre durere și pierdere, episoade serioase de agresivitate îndreptate împotriva îngrijitorilor, părinților, rudelor și prietenilor, afișarea unor atitudini apatice și a indiferenței față de moarte. Copiii învață unii de la alții cum să parcurgă experiențele dureroase și cum să facă față dezamăgirilor rezultate de pe urma pierderilor.

Există și copii care au suferit pierderi importante, al căror impact a copleșit toate sferele vieții, n-au mai fost niciodată experimentate și nici nu au mai văzut la alții situații de asemenea magnitudine. Se izolează și consideră că nimeni nu a mai trecut prin asemenea situații. Există tendința de a încerca să îndure în liniște asemenea sentimente (E.Linn, 1990, pag. 36) sau de a se elibera de ele într-o asemenea manieră încât îngrijitorii să nu observe cele întâmplate. Acesta este unul din argumentele constituirii grupurilor de suport și al implicării consilierii ca formă necesară de intervenție.

Copiii trebuie asigurați de faptul că nu sunt singuri și că ceea ce simt ei este absolut normal în asemenea situații. Cei care vor lucra cu copiii aflați în suferință pot găsi o sursă importantă și bogată de informații la îngrijitorii acestora. O modalitate corectă de lucru este aceea de a include în planul de acțiune și pe îngrijitorii copiilor. Întâlnirile de început pot fi făcute în mod separat cu copilul, îngrijitorii și alți membri ai familiei și, la cel puțin câteva ședințe, este indicată prezența a cel puțin unuia dintre îngrijitorii care se ocupă de copil.

Interacțiunile dintre copil și consilier ajută îngrijitorul să înțeleagă mai bine natura problemelor cu care se confruntă copilul. Aceștia pot înțelege mai bine gândurile, sentimentele și frământările copiilor și pot pune întrebări într-o modalitate terapeutică. Descoperirile făcute alături de consilier pot mări atașamentul îngrijitorului față de copil. O asemenea participare dezvoltă un sentiment al respectului mutual, înțelegere și iertare pentru neînțelegerile și tensiunile trecute care au alterat relația lor. Ar fi mai util pentru consilier ca, înainte de a-și începe propria muncă cu copilul aflat în suferință, să stabilească o întâlnire prealabilă cu îngrijitorul acestuia (părinte, tutore etc.), cu acea persoană care l-a ajutat până în prezent cel mai mult, pentru a afla ce s-a făcut până în prezent, cum a încercat acesta să rezolve problemele copilului, maniera de abordare a situațiilor ivite. Rezultatele acestei întâlniri vor sta mai apoi la baza discuțiilor dintre consilier și copil.

Spre exemplu, se poate chiar începe discuția sugerând în mod indirect anumite aspecte din cele discutate cu îngrijitorul: *„M-am întâlnit cu tatăl tău săptămâna trecută și mi-a spus că este destul de supărat din cauza mai multor probleme. Ai putea ghici câteva din aceste probleme?"*. Consilierul poate observa care dintre aceste informații nu-i fac plăcere copilului sau pe care nu le poate împărtăși și altora. Copilul trebuie asigurat de faptul că se va întoarce acasă după fiecare întâlnire: *„Lasă-mă să ghicesc ce anume se va întâmpla cu tine după fiecare întâlnire. Fiecare dintre noi doi se va întoarce acasă. Asta cred eu că se va întâmpla cu tine după fiecare întâlnire de-a noastră. Totdeauna te vei întoarce acasă"*.

Este important ca, după prima întâlnire a consilierului cu cei aflați în suferință, să se explice în mod foarte clar faptul că nevoile personale,

sentimentele şi gândurile acestora vor fi tratate cu respect şi atenţie pe măsură. Dacă se observă o anume apăsare sau anumite inhibiţii la copil, consilierul are responsabilitatea de a determina cauza acestora. R.A.Moody şi C.P.Moody (1991) constată faptul că majoritatea îngrijitorilor decid ca orice intervenţie să înceapă cu ei şi doar după aceea cu copilul. De cele mai multe ori asemenea atitudini complică şi chiar măresc disconfortul copilului. Pe de altă parte, atât îngrijitorii, cât şi asistenţii sociali, regretă faptul că nu pot face mai multe pentru copil, în special dacă se simt parţial responsabili pentru pierderile acestuia. Copiii au nevoie de sprijin şi să-şi valideze sentimentele cauzate de pierdere, prin raportarea la adult.

Există situaţii în care sunt încurajaţi, în detrimentul lor, să se comporte ca şi cum nimic nu s-ar fi întâmplat. Copiii sunt dispuşi să îşi asume experienţele dificile şi chiar să îşi dezvăluie emoţiile, dacă şi adulţii importanţi din jurul lor procedează la fel. Unii copii întâmpină dificultăţi în dezvăluirea propriilor sentimente, dat fiind faptul că încercările lor anterioare au fost întâmpinate de reacţii şi răspunsuri negative din partea adulţilor. Alţi copii învaţă strategii şi modalităţi de a evita asemenea subiecte, folosind aceleaşi expresii pentru descrierea sentimentelor, cu scopul de a mulţumi interesul profesional al adultului. Atunci când se intervine la nivel familial, trebuie identificate şi respectate regulile familiei respective. Trebuie cunoscute modalităţile de exprimare a emoţiilor în familia respectivă, forma de comunicare, obiceiurile etc.

Se poate stabili atenţia pe care şi-o acordă unul altuia, dacă vorbesc sau nu deschis despre ceea ce simt, ce se întâmplă când unul este în dificultate, etc. Este important să se încurajeze familia să rezolve într-un mod autentic problemele apărute. Atunci când copilul sau familia se află în criză sau prezintă dificultăţi serioase, se va stabili cât mai curând posibil o relaţie respectabilă, deschisă, onestă şi de încredere cu aceştia. În cazul copiilor se vor folosi diverse tehnici specifice (poveşti, desen, modelaj, jocuri, dramatizarea conflictelor interioare etc.), care să stârnească interesul acestora pentru conversaţii pe anumite teme (D.Schaefer, I.Mitrofan şi E.Vladislav, 1997). Majoritatea copiilor nu simt faptul că sunt examinaţi sau testaţi prin asemenea modalităţi comune pentru ei, iar părinţii trebuie asiguraţi de claritatea şi utilitatea acestora în stabilirea problemelor, a diagnosticului dacă este cazul.

Nu este profesionist şi nici uman să considerăm că acei copii care refuză să vorbească despre ceea ce s-a întâmplat şi ceea ce ei simt nu sunt afectaţi de pierdere şi nici să considerăm că ar putea evolua fără ajutor într-o direcţie sănătoasă. Chiar şi acei copii care suferă într-un mod evident şi vizibil din punct de vedere fizic, tot întâmpină greutăţi atunci când este vorba de dezvăluirea suferinţei emoţionale. Există o mulţime de bariere care trebuie învinse. Deseori copiii au dificultăţi majore în exprimarea verbală a

simţămintelor, datorate fie nedezvoltării deprinderilor de comunicare, fie trăirilor complexe pe care le determină pierderile suferite. Pe de altă parte, se pot teme de faptul că odată dezvăluite sentimentele dramatice, acestea vor cauza la rândul lor alte calamităţi asemănătoare. În realitate, exprimarea verbală a sentimentelor negative conduce la „ofilirea" acestora.

Copiii trebuie încurajaţi şi ajutaţi să scoată la lumină – prin cuvintele lor – propriile sentimente, nu numai în primele luni după pierdere, ci din nou şi din nou. Exprimarea, revizuirea şi reaşezarea sentimentelor reprezintă componente vitale ale procesului de însănătoşire. Una dintre modalităţile de a ajuta copiii care nu-şi pot exprima sentimentele este aceea de a converti aceste sentimente care cauzează disconfort în alte simţăminte: *„Poţi să-mi spui câteva lucruri despre George. Mi-ai spus săptămâna trecută că se supără foarte repede. Ce lucruri îl fac să se supere atât de repede?"*. O parte a copiilor convertesc sentimentele de furie în depresie, iar alţii convertesc sentimentele de tristeţe în ostilitate, iritabilitate, plânset, violenţă.

Acei copii care hotărăsc să-şi exprime sentimentele cauzate de pierdere pot ajunge la concluzia că aceste sentimente nu sunt un răspuns normal la durere, ci rămân culpabilizaţi gândindu-se la faptul că au putut reacţiona „aşa de greşit". Îşi pot suprima sentimentele gândindu-se că nu sunt destul de mari ca să poată fi luaţi în serios şi vor primi validare, sprijin şi confortul necesar, vor putea să-şi împărtăşească durerea şi resentimentele. Chiar şi atunci când îşi convertesc sau îşi reprimă sentimentele trebuie ajutaţi să înveţe că sentimentele sunt sentimente şi că nu sunt bune sau rele.

III.4. Câteva tehnici specifice de lucru

Atunci când copiii nu sunt dispuşi sau nu se simt confortabil să vorbească despre sentimentele lor, putem să apelăm la combinarea discuţiilor cu activităţi externe, ca de exemplu imagini video sau cărţi de poveşti.

O modalitate simplă, dar eficientă, o reprezintă tehnica celor cinci sentimente: *tristeţe, furie, fericire, frică şi singurătate.* Este foarte important să nu se anticipeze şi nici să nu se sugereze răspunsul copilului. Se urmăreşte consonanţa dintre comportamentul verbal şi cel nonverbal al copilului atunci când răspunde la test. Întrebările se reiau, dacă este cazul.

O altă modalitate de a ajunge la sufletul copilului este aceea de a concentra toate simţurile acestuia spre o activitate care să fie relevantă scopurilor terapeutice urmărite.

Dacă copilul întâmpină dificultăţi în exprimarea verbală a ceea ce simte, se poate inventa o poveste în care el însuşi să fie unul dintre actorii

acesteia, oferindu-i posibilitatea dezvăluirii sentimentelor (anxietate, teamă, îngrijorare etc.). De asemenea, se poate folosi un joc în care se pot implica sentimente legate de pierdere şi separare. Există şi copii care au un alt mod de a simţi pierderea şi durerea, mai puţin vizibil în exterior, şi care nu cer ajutor în mod explicit, ceea ce nu înseamnă că nu vor primi ajutorul consilierului dacă li se oferă. *„Ştiu că este greu pentru tine să vorbeşti despre suferinţa ta, dar eu sunt aici lângă tine şi dacă te pot ajuta în vreun fel, aş fi foarte încântat să o fac.”.*

Atunci când durerea generează supărare, majoritatea copiilor intră în încurcătură. Deseori se tem de faptul că dacă se vor simţi trişti, vor intra într-o stare neplăcută. Ei încearcă să convertească sau să nege acest sentiment de tristeţe. În cele din urmă, sfârşesc prin a fi nefericiţi, culpabilizaţi şi neajutoraţi. Această convertire poate lua forma furiei şi a violenţei, ceea ce atrage după sine rejecţie şi chiar izolare din partea celorlalţi copii. Controlul şi stăpânirea acestor sentimente se va obţine atunci când pierderea şi separarea vor fi înţelese, integrate şi, în felul acesta, rezolvate. Atunci când un copil este furios, energia sa emoţională se va localiza în anumite zone corporale observabile (mâini, dinţi, obraji, ochi etc.). El poate fi ajutat să observe că degetele sale sunt strânse în pumn, că maxilarul este încleştat, obrajii crispaţi etc.

Dacă explici asta unui copil în perioada în care este furios, va fi fascinat de noua sa descoperire. Dintr-o dată, reacţiile comportamentale vor căpăta un sens. Poate că este dificil de identificat de prima dată „zona furioasă”, dar poate fi ajutat reîmprospătându-i memoria cu anumite situaţii în care s-a comportat într-un anume fel. În tendinţa de a fi concreţi, copiii au nevoie să înţeleagă faptul că furia nu trebuie exprimată totdeauna sub impulsul primului moment. Li se va explica faptul că şi adulţii simt din când în când aceleaşi impulsuri de moment în exprimarea sentimentelor de furie şi frustrare, dar că, pas cu pas, au ajuns să poată stăpâni aceste sentimente şi că acum, dau frâu liber acestora doar când este necesar. Vom avea grijă să nu cadă în cealaltă extremă: reprimarea acestor sentimente şi atunci când nu este cazul, ceea ce ar duce la un comportament pasiv-agresiv. Vor deveni neîndemânatici, vor uita să-şi facă temele etc.

Copiii adoptă un comportament pasiv-agresiv din cauza unuia sau mai multor motive: refuză să-şi exteriorizeze furia, dar caută să fie pedepsiţi pentru a-şi valida comportamentul exprimat, caută să-şi exprime nedreptatea sau neglijarea la care sunt supuşi ca să obţină sentimentul de control al situaţiei. Îngrijitorii care reacţionează prin pedeapsă la asemenea exprimări indirecte de furie şi agresivitate se dovedesc a fi prea puţin înţelepţi pentru munca cu copiii. Este mult mai util să-l ajuţi pe copil să-şi exprime în mod direct furia şi agresivitatea, folosind metodele discutate anterior.

O altă tehnică familială deosebit de utilă ar fi cea dezvoltată de către R.Dreikurs (1974) sub numele de „rezolvare mutuală a problemei”.

Părintele sau aparţinătorul şi copilul se întâlnesc cu o altă persoană (consilierul), încercând să-şi imagineze soluţii pentru problemă, urmând paşi specifici:

În primul rând se exprimă acordul asupra faptului că există o problemă şi definesc exact care este problema – să spunem că în fiecare seară există certuri legate de ora de culcare a copilului. Acestea ar putea fi schimbate cu alte momente mult mai plăcute pentru copil.

În al doilea rând vor stabili dacă sunt sau nu capabili să învingă împreună problema (părintele şi copilul devin o echipă, iar problema devine inamicul numărul unu). Dacă este implicată o terţă persoană, atunci aceasta poate veni cu cel puţin cinci sugestii care să privească îmbunătăţirea comunicării în familia respectivă.

Al treilea pas ar fi ca fiecare dintre membrii familiei să exploreze împreună toate posibilităţile şi toate alternativele în rezolvarea problemei respective. Uneori, când copiii se simt fără ajutor, nici nu sunt dornici să participe la acest proces. Vor mormăi, vor folosi propoziţii incomplete, vor spune „nu ştiu” etc. Vor fi încurajaţi să-şi folosească energia şi sursele de care dispun .

În al patrulea rând membrii familiei vor discuta fiecare punct de pe lista stabilită anterior.

Dacă cineva are vreo obiecţie legată de vreuna dintre soluţiile sugerate, atunci o vom elimina de pe listă. Aceasta va elimina conflictul latent dintre „părerea ta “ şi „părerea mea”, întărind sentimentul muncii în echipă şi, mai mult, copiii se vor simţi mult mai bine contribuind ei înşişi la rezolvarea problemei respective. Faptul că sunt implicaţi, că li se cere părerea şi se ţine cont de dorinţele şi nevoile lor în rezolvarea problemei contribuie la maturizarea şi creşterea normală a acestora. În cazul în care nu se ajunge la o soluţie comună, agreată de toată lumea, atunci se poate lua o pauză de o săptămână, timp în care vor medita în linişte la cele discutate, urmând a se întâlni din nou şi a stabili concluzia la care au ajuns.

În al cincilea rând, familia va supune la vot părerile şi soluţiile discutate, pentru a selecta pe cea care a întrunit cele mai multe voturi.

În al şaselea rând, după ce s-a realizat un consens într-o anume direcţie, se vor încuraja unul pe altul şi vor devaloriza lucrurile care ar putea sabota încercarea respectivă.

În final, membrii familiei vor încerca să determine dacă fiecare persoană implicată este dornică să înceapă acest nou experiment în săptămâna următoare.

La sfârşitul perioadei de probă, membrii familiei se reîntâlnesc pentru a evalua eforturile depuse şi rezultatele la care s-a ajuns. Vor stabili dacă problema s-a rezolvat în totalitate sau numai anumite părţi şi faţete ale ei, iar dacă nu s-a obţinut nimic bun, se reevaluează situaţia şi se reîncepe procesul de la capăt.

Această tehnică dă rezultate surprinzătoare. Interacţiunile dintre părinte (tutore) şi copil încep prin definirea problemei şi se termină într-o notă pozitivă, de cooperare, angajament şi unire a eforturilor în rezolvarea problemei respective.

O altă modalitate de a lucra cu copiii care au suferit pierderi este aceea de a identifica împreună cu ei alţi copii care au trecut prin situaţii asemănătoare, îndurând pierderea şi separarea. Există copii care şovăie în a plânge în faţa altora. Anxietatea de evitare poate fi depăşită sugerându-le beneficiile momentelor de plânset.

Situaţia se complică în cazul anumitor copii care nu au reuşit să rezolve prin integrare pierderile suferite şi la care se instalează depresia cronică. În acest caz, o tactică foarte bună este aceea de a discuta franc cu copilul despre timpul pe care îl cheltuieşte pentru depresia respectivă şi pe care ar putea să-l folosească în diverse alte scopuri: să se împrietenească cu el însuşi, să se cunoască mai bine, să se simtă mai bine, să facă anumite lucruri care-i fac plăcere etc.

Copilul va fi tratat cu mult respect, se vor accepta nevoile şi dorinţele acestuia, ca venind din interior. Acei copii care înainte de separare sau pierdere au avut o relaţie caldă cu părinţii s-au dovedit a fi mult mai cooperanţi cu cei care se ocupă de ei după pierderea suferită (A.Brenner, 1984, pag. 43). Iar atunci când există o relaţie suportivă puternică în familia respectivă, s-a constat faptul că se trece mai uşor şi mai repede peste consecinţele produse de pierdere.

III.5. Copiii şi veştile rele. Durerea şi comunicarea terapeutică. Repere în consiliere.

Într-o lume ce fiinţează sub imperiul suferinţei şi al deznădejdii, copilăria este deseori umbrită de necazuri şi veşti rele. Nu există nici o modalitate corectă/dreaptă de a comunica veştile rele copiilor, dar în schimb există câteva modalităţi mult mai de ajutor decât altele.

Nu ne propunem să prezentăm o formulă infailibilă pentru a face ceea ce este corect să faci – pentru că aşa ceva nu există - ci ne propunem să problematizăm câteva din posibilităţile de a da veştile rele, modalităţi al căror scop este acela de a alina suferinţa celor mici şi necăjiţi. Nu puţine sunt

situaţiile în care adulţii implicaţi în acest proces nu cunosc calea de a face acest lucru. Fiecare situaţie este unică, iar purtătorul veştilor rele este tot timpul pus în situaţia de a răspunde nevoilor copilului. Nepriceperea, lipsa de experienţă şi cunoştinţe în domeniu etc., din partea celui care este pus în situaţia de a da o veste rea, conduc la nesincronizări şi chiar lipsă de comunicare.

Este extrem de important ca purtătorii veştilor rele să meargă în direcţia corectă, „să călătorească" împreună cu copilul de-a lungul întregului „naufragiu", astfel încât acesta să poată să reacţioneze şi să răspundă într-un mod adecvat veştilor nedorite. În acest proces sunt implicaţi atât părinţii, cât şi profesioniştii (medici, asistente medicale, psihologi, asistenţi sociali, terapeuţi, consilieri, preoţi, voluntari). Orice profesionist care lucrează cu copiii poate fi confruntat cu astfel de situaţii.

Fiecare dintre noi a trăit experienţa primirii unor veşti care ne-au provocat suferinţă, nelinişte, panică etc. Veştile rele sunt acele veşti care alterează drastic imaginea despre trecut şi/sau prezent, provocând un disconfort psihoafectiv de scurtă sau de lungă durată. De regulă, acestea se referă fie la o situaţie, fie la o persoană foarte importantă. Dacă vestea dată implică o pierdere, atunci apare suferinţa. Pentru acei copii care ştiu deja sau care suspectează iminenta apariţie a veştilor rele, procesul suferinţei poate să fi început deja.

Veştile rele pot fi legate de o varietate de circumstanţe medicale, sociale şi familiale (boală cronică, dizabilitate, spitalizare prelungită, divorţ, probleme şcolare, schimbarea locuinţei, separarea de un părinte care munceşte peste graniţă sau care este în închisoare, adopţie, foster, moarte etc.). Se referă la situaţii temporare sau permanente şi includ ceea ce s-a întâmplat deja sau ce urmează să se întâmple. Includ o serie de incertitudini. Uneori se referă la situaţia copilului, alteori la cineva important pentru copil.

O dezvăluire poate să fie făcută la iniţiativa copilului sau la iniţiativa adultului.

Dezvăluirea proactivă este făcută la iniţiativa adultului.

O dezvăluire reactivă este iniţiată de către copil, dezvăluirea veştilor rele fiind făcută de către adult ca răspuns la întrebările sau preocupările copilului. Unele informaţii pe care se bazează veştile rele sunt de-a dreptul brutale: *„Mama şi tata sunt pe cale să divorţeze" sau „Mama ta spune că vei merge într-un spital ca să mori"*. Dezvăluirea veştilor rele rareori se reduce la o simplă discuţie şi, de obicei, implică repetări, astfel încât copilul să aibă confirmarea acestor veşti. Repetarea dezvăluirilor este necesară pentru ca el să devină conştient de importanţa situaţiei pe care deja o cunoaşte şi pentru a asocia pierderile implicate. Un copil ai cărui părinţi au divorţat poate deveni mult mai conştient de importanţa situaţiei atunci când unul dintre cei doi părinţi

se recăsătoreşte. Pentru unele familii aflate în suferinţă (ex. familiile afectate de HIV/SIDA), veştile rele devin un factor stresor repetitiv.

Copiii care au o boală cronică pot fi expuşi la o serie de episoade dureroase în timpul evoluţiei bolii lor, fiecare implicând noi pierderi şi mult mai multe veşti rele. De regulă, adulţii au tendinţa să subestimeze impactul repetării dezvăluirii veştilor rele, conducând în felul acesta la nelimpezirea problemelor şi la neconştientizare. Acest lucru se întâmplă mai ales atunci când pierderile repetate se asociază cu o situaţie de aşteptare prelungită, în timpul căreia percepţia copilului asupra a ceea ce înseamnă veştile rele se schimbă. Empatizarea cu copiii nu este deloc uşoară.

Uneori ei interpretează anumite veşti ca fiind rele. Recunoscând că esenţa veştilor rele este pierderea şi că, probabil, un copil interpretează veştile ca fiind rele, adulţii pot dezvolta o atitudine empatică. Esenţialul într-o dezvăluire este să fii în legătură continuă cu gândurile şi sentimentele copilului.

Este dificil de separat efectul veştilor rele de modalitatea în care sunt date, dar nici nu este rezonabil să sugerezi că un răspuns imediat sau pe termen lung la veştile rele este influenţat de modalitatea în care acestea sunt dezvăluite. Veştile rele date într-o modalitate nefericită pot cauza stres adiţional şi pot exacerba pierderile inerente. Reacţiile negative sunt nebănuite. Pe de altă parte, veştile rele dezvăluite într-o modalitate adecvată pot conduce la scăderea intensităţii stresului şi pot reduce intensitatea sentimentelor de depresie, vină, ruşine şi inadecvare, vulnerabilitate pe care copilul le poate simţi.

Procesul de luare a deciziilor este întotdeauna extrem de dificil, dată fiind complexitatea factorilor implicaţi. Decizia este mai dificilă atunci când veştile rele sunt asociate cu stigmatizarea şi chiar include incertitudini de tot felul. Abordarea protectiv-deschisă este recomandată în munca cu copiii. Dezvăluirea veştilor rele nu înseamnă şi nu se poate compara cu o situaţie de genul „totul sau nimic". Se poate oare răspunde deschis şi franc la orice întrebare adresată de către copil? Onestitate în acest caz nu înseamnă deschidere totală, ci selectivitatea informaţiei. Sunt anumite aspecte ale veştilor rele care nu se doresc a fi discutate.

Onestitate înseamnă înţelegerea şi a acestui lucru. Uneori, veştile rele sunt incomplete, confuze şi dau naştere la stres şi sentimente de singurătate. Teoria conform căreia copiii, în special cei mici, nu au nevoie să ştie totul pentru că încă nu au capacitatea de a înţelege conceptele şi noţiunile abstracte despre boală, moarte şi alte surse ale veştilor rele, ignoră potenţialul şi experienţa personală a copiilor în înţelegerea acestor situaţii de maxim tragism şi suferinţă.

O parte a copiilor care au trecut prin astfel de experienţe sunt deschişi şi cooperanţi în înţelegerea veştilor rele şi chiar îşi oferă sprijinul activ în ajutarea

altor copii care trec prin situaţii similare. Există studii realizate asupra efectului veştilor rele asupra bunăstării psihice a copiilor pe termen lung care evidenţiază faptul că dezvăluirea acestora este mult mai benefică în comparaţie cu evitarea şi întârzierea comunicării lor (Slavin şi col., 1982, Rosenheim şi Reicher, 1985). Copiii au o cunoaştere corectă a oricărei situaţii care îi afectează, ceea ce poate intra în conflict cu drepturile şi confortul emoţional al altora.

Copiii sunt dependenţi în clarificarea lucrurilor de decizia adulţilor de a se implica în dezvăluirea şi lămurirea acestor situaţii neplăcute. Odată clarificate veştile rele, copilul se va mobiliza în ceea ce trebuie să facă. Întrucât există şi momente în care copiii sunt împinşi la izolare, confuzie şi anxietate, profesioniştii care lucrează cu copiii au misiunea de a crea un mediu suportiv şi fără prejudecăţi, de a discuta temerile lor şi de a lămuri dilemele în care se frământă.

Copiii se simt cel mai bine în prezenţa celor cu care au o relaţie continuă bazată pe încredere şi care oferă siguranţă şi protecţie. De obicei, dar nu în toate cazurile, această persoană este un părinte. Pentru că, în cele mai multe situaţii, aceste persoane sunt şi ele afectate într-un fel sau altul de veştile rele, este necesar ajutorul unui profesionist cu experienţă în asemenea dezvăluiri de veşti rele. Acest profesionist poate oferi suport emoţional şi poate lămuri orice informaţie de care copilul are nevoie. Ideal ar fi ca orice profesionist care lucrează cu copiii şi este implicat şi în dezvăluirea veştilor rele, să aibă o relaţie bună cu copilul şi cu celelalte persoane implicate. El poate să fie specializat în dezvăluirea veştilor rele atât copiilor, cât şi aparţinătorilor şi poate răspunde reacţiilor lor, ori să fie un bun cunoscător al psihologiei copilului aflat în suferinţă, al celorlalte persoane implicate şi al circumstanţelor situaţiei specifice, pentru a fi apt să răspundă întrebărilor care ar putea să i se pună. El este pregătit să ofere sprijin emoţional imediat şi să continue dezvăluirile o lungă perioadă de timp, să se simtă capabil să facă faţă situaţiilor specifice.

Specialiştii implicaţi în munca cu copiii sunt puşi deseori în situaţii de dificultate. Copiii pot veni cu întrebări pe care le-au pus mai întâi părinţilor, iar pentru a verifica răspunsurile primite – dacă le primesc – testează şi opinia specialistului. În aceste situaţii, psihoterapeutul sau consilierul poate încuraja copilul să împărtăşească gândurile şi sentimentele folosind întrebări deschise, ca: *„Ce simţi în legătură cu asta?", „În ce mod te gândeşti la sta?".* Răspunsurile şi atenţia acordată copiilor le întăresc sentimentul că ceea ce simt este luat în serios şi le oferă „permisiunea" să simtă ceea ce simt şi să gândească ceea ce gândesc. Adultul este perceput ca fiind o persoană pricepută şi disponibilă să înţeleagă situaţiile aşa cum se văd ele prin prisma ochilor de copil. Într-un mediu securizant, copiii au posibilitatea să-şi exprime

sentimentele şi neliniştile lor, contribuind astfel la dezvoltarea propriului confort emoţional. *„Cred că te frământă o mare problemă şi eu m-aş simţi mai bine să vorbim despre ceea ce se întâmplă şi ceea ce simţi tu în legătură cu asta."* Poate urma o remarcă onestă în legătură cu cât de dificil este să ştii ce să spui, dar totuşi să faci unele sugestii pentru a-i asigura de un suport continuu: *„Este într-adevăr dificil pentru mine să ştiu ce să-ţi spun. Cred că ar fi de mare ajutor dacă mama şi tata ar şti despre ceea ce gândeşti tu şi despre ceea ce simţi. Putem încerca să stăm de vorbă împreună sau aş putea doar eu să am o întâlnire cu ei. Ce crezi despre propunerea mea?"*. Copiii care nu vor ca părinţii lor să se implice, încearcă în felul acesta să se protejeze de stări neplăcute. Uneori încearcă să se protejeze de ceea ce ei cred că ar putea fi răspunsul părinţilor. Toate aceste posibilităţi trebuie explorate împreună cu copilul. O modalitate de a răspunde şovăielilor copilului de a-şi implica proprii părinţi este aceea de a discuta cu el posibilul comportament al părinţilor, discuţie care poate sugera şi, uneori, convinge de ceea ce ei ştiu deja. Incitând copilul la conştientizarea acestei probleme (a ceea ce părinţii ştiu deja), se întăreşte nevoia copilului de a face el primul pas către comunicare.

Comunicarea deschisă despre veştile rele trebuie încurajată, dar nu cu preţul tensionării relaţiei părinte – copil. În privinţa situaţiilor şi a circumstanţelor care provoacă suferinţă, este în general de folos şi uneori chiar necesar să-i informezi pe ceilalţi. Depinde de situaţia particulară cine anume va fi informat. În orice caz, este de dorit să fie informaţi alţi membri ai familiei, personalul din şcoala în care învaţă copilul, conducătorii cluburilor din care copilul face parte etc.

Aceasta ajută la promovarea şi răspunsul înţelegător faţă de „performanţele" comportamentale şi şcolare ale copilului şi, în acelaşi timp, creşte suportul psihologic, reduce tensiunile existente şi alte efecte adverse ale posibilelor conflicte. În mod inevitabil, anumite persoane vor fi informate înaintea altora, dar întârzierile pot mări conflictul, chiar dacă numai temporar şi, de aceea, este bine ca acestea să fie evitate pe cât posibil. În cele mai multe situaţii, li se va spune şi celorlalţi copii din familie, dar există şi tendinţa de a exclude fraţii atunci când fratele sau sora lor este subiectul veştii proaste. Aceştia pot deveni vulnerabili faţă de efectele adverse ale conflictului şi este foarte posibil să se manifeste resentimente faţă de un frate sau o soră care primeşte atenţie specială fără un motiv aparent. Atunci când se consideră potrivit, copiii pot fi implicaţi în decizia de a le spune celorlalţi, mai ales atunci când veştile rele se referă chiar la ei înşişi.

Atunci când deja au fost informate alte persoane, copiilor trebuie să li se spună cine sunt aceste persoane şi ce li s-a spus despre ei. Atunci când veştilor rele li se poate asocia stigmatizarea, trebuie avut grijă cui i se vor comunica acestea. Uneori, copiii şi familiile lor trebuie să facă faţă unui mediu

social ce conţine panică, teamă, dezinformare şi discriminare (Schaefer & Lyons, 1993, pag. 135).

Această indicaţie devine şi mai stringentă în situaţia în care vestea proastă este despre diagnosticul SIDA. Motivele pentru care trebuie să se ţină cont şi să se selecţioneze persoanele cărora li se spune şi ce anume li se va spune trebuie să fie explicate copilului. De exemplu: *„X are o boală în sânge. Este o boală nouă şi oamenii nu au sentimente prea bune faţă de ea. Îi face să se teamă."* (D.Schaefer, 1993, pag. 135).

Stabilirea unor circumstanţe ideale pentru când şi unde să dai veştile rele este dificil de realizat, dar următoarele sugestii pot fi reţinute şi aplicate acolo unde este posibil:

„Mai degrabă mai devreme decât prea târziu" Dacă veştile rele sunt despre un eveniment care deja a avut loc sau care este pe cale de a se întâmpla, copiii sunt ajutaţi mult mai mult şi mai bine dacă li se explică situaţia ca atare. Chiar şi atunci când sunt incertitudini despre ceea ce s-a întâmplat sau urmează să se întâmple, întârzierea dezvăluirii este de natură a crea mai multă anxietate şi stres pentru toată lumea din jurul copilului. Studiile realizate arată că acei copii care au suferit de boli grave şi care au ştiut din vreme diagnosticul s-au adaptat mai bine decât copiii care au aflat adevărul despre ei cu mult mai târziu.

„Când toţi cei implicaţi sunt prezenţi" Se recomandă ca dezvăluirile să aibă loc când toţi cei ce sunt implicaţi în atare situaţii sunt de faţă.

„Atenţie maximă" Timpul cel mai indicat pentru comunicarea veştilor rele este atunci când cei implicaţi sunt capabili să dea atenţie totală la ceea ce se spune şi să nu fie prea obosiţi, prea bolnavi sau prea stresaţi. Locul ales trebuie să fie confortabil, liniştit, privat şi pe cât posibil ferit de orice fel de perturbări.

„Context familiar" Copilul, atunci când primeşte o veste rea, trebuie să fie în mijlocul unui mediu familiar, preferabil acasă şi cu multe lucruri personale (jucării, cărţi etc.) la îndemână.

„Acolo unde reacţiile şi răspunsurile nu vor fi inhibate" Locul unde veştile rele sunt dezvăluite nu va inhiba copilul în exprimarea emoţiilor sau în problematizarea situaţiei (întrebări, nelămuriri, dileme).

„Staţi împreună după aceea" Veştile rele pot fi dezvăluite atunci când cei implicaţi sunt capabili să stea unul cu celălalt, cel puţin perioada imediată după ce veştile rele sunt date. Este bine ca procesul de comunicare a veştilor rele să fie planificat şi pregătit cu mult înainte.

Toţi specialiştii implicaţi în munca cu copiii au obligaţia şi responsabilitatea profesională şi umană de a se pregăti în comunicarea veştilor rele. Ei trebuie să aibă abilitatea de a găsi cea mai adecvată abordare la orice situaţie particulară. Acest proces implică introspecţie, empatie, planificare şi

repetiție. Ambele tipuri de dezvăluiri discutate (proactivă și reactivă) pot fi anticipate și apoi planificate.

Introspecția. Adulții implicați pot avea sentimente puternice referitoare la veștile rele și, în același timp, să fie implicați în procesul de dezvăluire. Controlul asupra acestor sentimente poate preveni eșecul dezvăluirilor. Asemenea rateuri în comunicarea veștilor rele se întâmplă mai ales atunci când adulții implicați sunt nepregătiți pentru „cum să te exprimi și cum să te comporți în timpul dezvăluirilor".

Meditând la următoarele întrebări poți obține clarificarea sentimentelor și cristalizarea atitudinii față de astfel de situații: *Mă simt anxios pentru ceea ce s-a întâmplat?; Mă simt vinovat în vreun fel de ceea ce s-a întâmplat?; Sunt vulnerabil la o astfel de situație?; Voi fi blamat oare pentru veștile rele?; Voi blama pe cineva pentru veștile rele și dacă da, pe cine anume?; Bănuiesc oare care vor fi reacțiile copilului?; Este vreo reacție pe care eu o consider dificil de lucrat cu ea?; Am sentimente puternice față de copil și care sunt acestea?; Cred că altcineva ar putea să se descurce mai bine?.*

Empatia. Înseamnă anticiparea a ceea ce copilul este pregătit să simtă și să gândească și a modalității în care copilul poate reacționa la veștile rele.

Planificarea. Desfășurarea unei dezvăluiri nu poate fi niciodată prezisă cu o acuratețe completă. Adultul va răspunde întotdeauna nevoilor copilului și nu va încerca să pună în mod rigid în aplicare un plan determinat, dar care nu este fezabil. Un bun profesionist și cu experiență în domeniu va putea selecta imediat o modalitate de a trata o situație particulară.

Prin tehnica pașilor mărunți, veștile rele vor fi introduse gradual și progresiv, fiecare pas relevând puțin câte puțin din conținutul veștilor. În felul acesta copilul te va simți alături de el pe parcursul întregului proces de comunicare a acestor mesaje mai puțin dorite. Prin această modalitate, copilul este pregătit treptat, printr-o serie de încercări (glume, etc.), iar anumite părți din dezvăluire trebuie să se facă lent (trenant), astfel încât copilul să nu fie supus brusc unui șoc emoțional. Sprijinul emoțional poate fi dat atât verbal, cât și nonverbal, ceea ce poate însemna atenție, căldură, bunătate, afirmare.

Cei implicați în procesul de dezvăluire trebuie să fie apropiați unul de celălalt, de preferat stând unul lângă celălalt. Copilul poate sta în brațele adultului și chiar să se cuibărească în brațele acestuia. Contactul vizual este important în timpul dezvăluirii și ajută la întărirea prezenței emoționale a adultului, revelând disponibilitatea acestuia pentru căldură și înțelegere. Copilului i se poate vorbi în liniște folosind un ton cald al vocii. Ceea ce spune un copil poate fi de la început ghidat de dorințele și nevoile lui. Procesul de emitere a veștilor rele este asimetric, iar receptorul (copilul) este încă nesigur pe sine și, uneori, prea puțin conștient de ceea ce înseamnă în realitate esența veștilor rele.

Registrul preocupărilor copilului include de regulă următoarele întrebări: *Ce s-a întâmplat? Ce se va întâmpla? Este adevărat? Va trebui să aștept? Este vreo speranță? Voi fi blamat? Pot face ceva mai bun? Ce responsabilități am? Cum pot fi de ajutor? Pot să am încredere în oameni? Pot să mă bazez pe observațiile și judecățile mele? Sentimentele mele sunt adecvate situației?.*

Ca adult, trebuie să te aliniezi nevoilor și dorințelor copilului legate de modul în care are loc dezvăluirea. În felul acesta se reduce posibilitatea ca dezvăluirea să fie dominată numai de percepția adultului asupra situației respective.

III.6. Structura procesului dezvăluirii – un model pentru părinți, consilieri și psihoterapeuți

Etapa 1: Descoperirea a ceea ce copilul știe sau suspectează

Atunci când există indicii că vestea rea este bănuită sau cunoscută de către copil, cea mai recomandată modalitate de a aborda subiectul este să recunoști deschis ceea ce copilul a făcut, a spus, a văzut și să-l inviți să vorbească despre acest lucru: *„În ultimul timp am remarcat că ai pus mai multe întrebări despre vizitele tale la spital. Este bine că te interesează acest lucru, dar mă întrebam dacă există vreun motiv special...", „Știi că starea lui George s-a deteriorat mult în ultimul timp. Te-ai întrebat de ce?".*

Alinierea la dorințele și nevoile copilului este necesară la începutul unei dezvăluiri reactive (inițiate de către copil). Adultul care comunică veștile rele trebuie să răspundă și să comenteze întrebările copilului. În cazul în care copilul nu știe nimic despre ceea ce urmează să fie spus, dezvăluirea poate începe cu următoarea etapă:

Etapa 2: Povestind copilului despre veștile rele

Se dau informații factuale despre: ce s-a întâmplat, ce se întâmplă, ce este de făcut, ce se va întâmpla. Este imperios necesar ca el să obțină un sens al situației în care se găsește și să înceapă să facă față veștilor rele. În absența unor informații clare și credibile, un copil se va lupta să înțeleagă ce se întâmplă, poate să fie confuz, anxios, vulnerabil, se poate gândi tot timpul că se poate întâmpla ceva și mai rău decât în realitate (Jewett, 1994).

Informația poate fi dată într-un mod cât mai simplu și mai sensibil cu putință, folosind abordarea narativă. Se dau informații scurte și simple, pas cu pas, cronologic cu ceea ce s-a întâmplat și ceea ce va urma să se întâmple. Se poate începe de la experiența personală a copilului, de la ceea ce un copil știe,

vede, aude și simte: *„Știu că l-ai văzut pe tata vorbind cu cei doi polițiști...”*, *„Știu că în ultimul timp i-ai văzut pe mami și pe tati țipând unul la altul...”*, *„Știu că în ultimul timp ai fost destul de bolnav și medicul ți-a făcut niște analize...”*. Știind ce urmează să se întâmple, copilul este mai pregătit să mediteze la aceste evenimente și la felul în care ar putea simți. Poate avea loc o suferință anticipatorie legată de pierdere.

Dând copiilor informații sigure despre ceea ce urmează să se întâmple îi vom ajuta să își dobândească încrederea în predictibilitatea evenimentelor și încrederea în oameni. Dificultățile apar oricum atunci când evenimentele viitoare sunt nesigure sau când situația devine din ce în ce mai grea pe o perioadă mai lungă de timp – ambele fiind caracteristice bolilor cronice sau handicapurilor. Acest tip de situații îi pun pe cei implicați în dilemă: cât de mult din ceea ce urmează să se întâmple ar trebui dezvăluit la un moment dat?!

Copiii sunt mai înclinați să creadă veștile triste atunci când cel puțin o parte din ele au fost întâlnite în propria lor experiență. Observațiile lui Blueband-Langer asupra copiilor aflați în faza terminală a bolii relevă că experiența personală a copiilor este critică pentru stadiul de conștientizare: „experiența bolii îi face neputincioși în a asimila informația legată de ceea ce văd sau aud din propria experiență” (1978, pag. 168). Când dezvălui veștile rele despre evenimente iminente este bine să fii ghidat de ceea ce copiii par a vrea să știe ca rezultat a ceea ce ei spun. Această focalizare pe nevoile copilului cere din partea părinților sau profesioniștilor un climat de comunicare deschis, receptivitate și responsivitate la expresivitatea copilului.

Copilului trebuie să i se dea explicații în concordanță cu vocabularul și capacitatea sa cognitivă. Uneori veștile rele includ termeni și concepte care, chiar copiilor mai mari, nu le sunt familiare. Unii termeni (în special cei medicali) au nevoie de explicații mult mai prudente. Eiser (1990) sugerează faptul că credințele unui copil despre boală pot reflecta experiența personală la fel de mult ca orice schimbare structurală în capacitatea de înțelegere a acestuia.

De obicei stresul șubrezește înțelegerea și poate fi suficient de puternic în a cauza unui copil dificultăți de adaptare la o situație traumatizantă (pierdere, boală, etc.). Comunicarea cu copilul este importantă atât verbal, cât și nonverbal.

Etapa 3: Explicații în legătură cu orice altceva vrea copilul să știe. Copilul trebuie întrebat dacă există orice altceva ce ar vrea să știe și să i se dea posibilitatea de a vorbi despre gândurile și sentimentele lui. Trebuie explorată „agenda” copilului, dându-i-se timp să gândească și să vorbească, folosind întrebări deschise și verificând exact ceea ce copilul spune. Buckman (1988) întărește acest din urmă punct cu o istorioară a unei fetițe de 6 ani bolnavă de leucemie care și-a întrebat mama: *„Când mă voi simți mai bine?”*. Mama a devenit foarte stresată, gândindu-se că fetița ei a întrebat-o despre viitorul îndepărtat, când de fapt întrebarea fetiței se referea la efectele chimioterapiei pe care tocmai o primise.

Etapa 4: În întâmpinarea nevoilor și dorințelor copilului

Informațiile și explicațiile trebuie date ca răspuns la nevoile și dorințele copilului, exprimate în timpul etapei anterioare. Fiecare trebuie lămurit cu onestitate și consistență. Chiar dacă veștile rele nu implică separare, totuși copilul poate să se teamă de eventuale pierderi, iar în cazurile în care veștile rele sunt mai grave, poate să apară și teama de abandon. Toți copiii se simt vulnerabili. Prezența unui adult de încredere reprezintă o asigurare a apartenenței și a securității emoționale. Atingerea, mângâierea sunt extrem de confortabile, dar nu pot deveni substitute pentru o discuție cu copilul.

Atunci când veștile rele implică separare, copilul poate fi liniștit prin asigurarea faptului că celălalt este bine sau chiar fericit. În particular, este bine să se dea această asigurare atunci când cineva a murit. Motivând prin dorința de a reduce durerea emoțională, aceasta poate avea efect opus, iar copiii se pot simți supărați pe cel care pare a nu vrea să fie cu ei (Buckman, 1988). Copiii care nu sunt conștienți de faptul că moartea este ireversibilă pot fi nefericiți. Reasigurarea poate fi dată fără a exagera fericirea actuală sau imaginară a persoanei absente.

Copiii au, în general, tendința de a se blama pentru veștile rele. Gândirea magică facilitează blamul de sine, vina și rușinea. Sentimentele de rușine și jenă pot fi determinate de stigmatizare și chiar anumite determinări de ordin medical și social (diverse boli, dizarmonii familiale, etc.). Astfel de gânduri și sentimente negative apar când veștile rele sunt dezvăluite. Copiilor trebuie să li se spună în mod clar faptul că nu sunt responsabili de veștile rele și că nici nu ar fi putut să le prevină. Trebuie avut grijă ca să nu primească alte mesaje care ar intra în conflict cu asigurările date.

Asigurările trebuie date chiar și atunci când copiii nu exprimă asemenea gânduri și sentimente. Posibilitatea de a crea probleme acolo unde nu există este minimă, comparativ cu stresul cauzat de blamul de sine și rușine. Există și situații în care copilul sau altă persoană este responsabilă sau contribuie la veștile rele. A încerca să alungi sau să negi contribuția copilului sau a altei

persoane, atunci când este cazul, nu este de ajutor – oricât de bine intenționat ai fi – și nu face altceva decât să ducă la instalarea unui climat tensionant și de neîncredere, în care copilul este lăsat să se descurce cu aceste sentimente de unul singur.

În schimb, copilul are nevoie să fie ajutat să vadă lucrurile în perspectivă. Copiii pot și trebuie ajutați în momentul în care se dezvăluie vestea rea. Sentimentele devastatoare de rușine și culpabilizare nu pot fi îndepărtate la modul absolut, dar pot fi depășite prin testul realității. Cele mai multe comportamente pot fi explicate prin lipsa de cunoștințe, prin sentimentele persoanei la un moment dat sau prin circumstanțe atenuante. Discuțiile care determină copiii să se gândească la acești factori ameliorativi îi pot ajuta să pună lucrurile într-o perspectivă mai cooperantă.

Veștile rele determină și un distrugător sentiment de neajutorare și inutilitate. Acest sentiment poate fi depășit în timpul dezvăluirii, prin reasigurarea copiilor că vor fi informați cu ceea ce se întâmplă și consultați în legătură cu deciziile care vor trebui să fie luate. În situațiile în care grija de sine reprezintă o parte importantă și esențială a programului de tratament, există motive pragmatice și etice pentru a implica copilul. Nitschke și colaboratorii (1982) prezintă cum copiii cu cancer terminal, în vârstă de numai 6 ani, sunt capabili să ia decizii cu privire la tratament și sunt doritori să facă acest lucru.

În general, copiii trebuie implicați în activități care să-i ajute. Complexitatea emoțională și intelectuală a adolescenței justifică nevoia de a se implica în controlul propriilor experiențe, în stabilirea autonomiei și a sensului de apartenență. Chiar când veștile rele se referă la ei, copiii sunt de obicei dispuși să-i ajute pe ceilalți care sunt afectați. Implicarea copiilor nu este fără dificultate și, uneori, trebuie să fie ajutați să se implice în conformitate cu capacitățile lor și să nu-și stabilească angajamente mult prea mari. Speranța este un răspuns protectiv la veștile rele, o modalitate de a diminua intensitatea disperării și a pierderii suferite și permite unui copil să accepte gradual întreaga importanță a veștilor rele.

Chiar copiii care mor și care experimentează ceea ce pare a fi cea mai fără speranță situație, au speranță: *„Totdeauna există puțină speranță, chiar dacă nu pentru vindecare, ci pentru o ultimă dorință sau pentru o ultimă fază confortabilă, pentru o moarte liniștită."* (Judd, 1993, pag. 196). Sentimentul neajutorării poate fi depășit atunci când veștile rele sunt dezvăluite, iar speranța poate crește dând copilului o informație clară și onestă, vorbind cu el despre ajutor, spunându-i ce poate face pentru ajutor, discutând deschis despre speranță, ca și despre dezamăgire.

Să li se spună copiilor despre alții care s-au descurcat bine într-o situație similară poate fi de ajutor, dar poate de asemenea crește stresul, făcându-i să se gândească la ceea ce trebuie să facă ei înșiși. Tendința de a fi optimist sau

pretenția de a discuta doar aspectele bune ale situației trebuie evitate. Strategia de a răspunde cu unele speranțe nerealiste, cu amintiri abrupte sau numai cu anumite părți din adevăr, este totdeauna insensibilă și, de obicei, ineficientă. Copilului nu trebuie să i se dea o asigurare falsă, iar remarcile lui nu trebuie ignorate.

Copilul nu trebuie presat în speranță, dar nici nu trebuie negată oportunitatea de a diminua disperarea. Consistența veștilor rele ajută copilul să accepte realitatea lor și să aibă încredere în cei implicați. Acceptarea realității pierderii reprezintă primul pas în consiliere fără de care celelalte scopuri ar rămâne nerealizate, iar durerea nerezolvată (Worden, 1991). Fără acceptarea realității veștilor rele, un copil nu va fi capabil să înceapă procesul de înțelegere a pierderilor. Onestitatea poate fi respectată fără a expune un copil detaliilor brutale. Este de preferat să se aleagă termeni mai puțin emoționanți sau supărători, ținându-se cont de faptul că eufemismele, ambiguitățile și subtilitățile produc confuzie și ele trebuie evitate.

Dacă veștile rele conțin incertitudini, acestea trebuie înțelese. Falsa reasigurare nu este de ajutor și nu contribuie la creșterea încrederii copilului în cei implicați. Promisiunile trebuie date cu prudență, iar cele încălcate diminuează încrederea copilului în adulți. Copiii recunosc asemenea discordanțe care pot deveni o altă sursă de stres și motiv de îndoială și neîncredere în oameni. Atunci când se vorbește despre viitor nu pot fi ocolite angajamentele și, ca urmare, acestea trebuie onorate. Orice circumstanțe care fac imposibilă o promisiune trebuie explicate cu grijă și în mod onest. Deseori, copiii pun aceeași întrebare unei persoane și chiar verifică răspunsurile, întrebând și alte persoane. Asemenea situații pot fi cruciale în stabilirea încrederii copilului în adulți. Acest lucru poate fi realizat printr-o comunicare bună, prin lucrul în echipă și prin informație consistentă.

Este dificilă menținerea unui răspuns onest și consistent în fața cererilor repetate ale copilului de a i se promite că veștile rele pot fi îndreptate, dar este posibil să i se ofere un răspuns de încredere, într-o modalitate corectă și sensibilă. Buckman a dat un exemplu despre cum se poate răspunde la întrebarea: *„Când mă voi face bine?"*. El sugerează un răspuns de genul: *„Dacă vom putea să te facem bine, o vom face"*. Acest răspuns îl va determina pe copil să întrebe: *„De ce nu poți să mă faci bine?"*, la care se poate răspunde: *„Uneori există lucruri pe care nimeni nu le poate ști cu exactitate."* (Buckman, 1988, pag. 201).

Când un adult se simte incapabil să răspundă cu onestitate la întrebările copilului, va încerca să dea răspunsuri de genul: *„Îți voi spune într-o zi"* sau *„Ești mult prea mic pentru a înțelege"*, răspunsuri care trebuie evitate. Mult mai de ajutor este răspunsul: *„Văd că ești foarte îngrijorat și îmi pare rău că*

eşti supărat. Cred că este important, dar este dificil să vorbim despre asta acum".

În asemenea circumstanţe este recomandabil să se sugereze reasigurarea că problema nu este amânată sau evitată. Una dintre cele mai dificile întrebări pe care copilul le pune adultului este: *„Am să mor?"*. De regulă, copiii nu pun direct asemenea întrebări dacă nu intuiesc deja adevărul şi nu sunt pregătiţi să-l audă (Pearson, 1983). Copiii cărora li s-a dat o informaţie onestă şi consistentă, în special când verifică prin observaţiile sau experienţele lor, sunt mult mai pregătiţi să accepte realitatea veştilor rele şi suferinţa, să testeze orice vină sau jenă, să experimenteze mult mai puţine fantasme stresante.

Copiii vor reacţiona oricând în timpul dezvăluirilor şi un răspuns confortabil nu trebuie amânat. Când veştile rele sunt date, mesaje importante despre reacţiile apropiate copilului sunt inevitabile şi, deseori, greşite. Patru mesaje esenţiale trebuie stabilite în lucrul cu copiii:

1. Nu există sentimente drepte sau greşite şi chiar cele despre care copilul se poate simţi ruşinat/culpabilizat nu sunt comune şi nici rezonabile.
2. Este de ajutor să-ţi exprimi sentimentele.
3. Poţi fi ajutat să lucrezi cu sentimentele.
4. Nu există modalităţi corecte sau greşite de exprimare a sentimentelor. Copiii au nevoie să fie protejaţi de propriile dureri/răni.

Este dificil de prezis cum va reacţiona un copil la veştile rele, dar este de ajutor să cunoaştem modalităţile în care un copil poate reacţiona. Copiii pot exprima o varietate de emoţii la veştile rele: anxietate, teamă, furie, vinovăţie, culpabilizare, tristeţe, singurătate, negare, neîncredere, disperare etc. Unele reacţii la veştile rele pot părea ciudate şi nepotrivite, făcând dificilă orice atitudine suportivă din partea adulţilor. Unii copii minimalizează importanţa veştilor rele, iar alţii arată o oarecare uşurare la comunicarea acestora. Pentru un copil nu este neobişnuit să simtă simultan emoţii diferite şi chiar conflictuale.

Totuşi, unele sugestii despre cum poate reacţiona un copil în astfel de situaţii se pot obţine luând în considerare:

- cum a reacţionat copilul la pierderi sau evenimente stresante anterioare;
- personalitatea copilului;
- abilitatea copilului de a înţelege semnificaţia veştilor proaste;
- contextul şi circumstanţele;
- relaţia copilului cu cei prezenţi;
- etnia copilului;
- cultura şi dinamica familiei de origine a copilului;
- felul în care va fi dată vestea.

Reacţiile specifice cer răspunsuri particulare, dar indiferent de reacţia copilului, aplicarea următoarelor principii poate fi de folos:

Prezenţa adultului alături de copil: prezenţa unui adult de încredere este suportivă în sine, iar contactul fizic oferă un confort la orice vârstă, deşi unii copii mai mari ar putea să fie lăsaţi singuri şi să iasă la plimbare sau să caute singurătatea în camera lor.

Acceptarea gândurilor şi sentimentelor copilului. Copiii au nevoie să lucreze cu propriile sentimente, oricare ar fi acestea, iar oferirea acestei posibilităţi nu compromite siguranţa lor sau a celorlalţi.

Empatia. Copiii trebuie să ştie că sentimentele lor sunt recunoscute, fără să fie întâmpinaţi de declaraţii care să implice cunoaşterea exactă a modului în care simt. Afirmaţii empatice de genul: *„Văd că eşti supărat; trebuie să fie foarte greu pentru tine."* pot să ajute în acest sens.

Împărtăşirea sentimentelor. Exprimarea mutuală a gândurilor şi sentimentelor contribuie la crearea unui mediu deschis şi onest, în care copiii pot pune întrebări, pot vorbi despre anxietăţile lor şi îşi pot exprima gândurile şi trăirile. Împărtăşirea gândurilor şi sentimentelor previne izolarea copilului şi îi dă posibilitatea să ofere şi să primească confort emoţional. Nu trebuie lăsaţi să încerce sentimente confuze sau să se simtă culpabilizaţi de ceea ce se întâmplă.

Încurajarea comunicării: toate principiile precedente pun accentul pe felul în care i se răspunde copilului. Poate nu este încă momentul potrivit pentru o analiză profundă a celor întâmplate sau pe cale de a se întâmpla, dar ajutorul poate fi oferit prin recunoaşterea empatică a dificultăţilor existente şi prin provocarea şa discuţii libere. *„Ai putea să-mi vorbeşti despre sentimentele tale?"*. Dacă răspunsul este negativ: *„Foarte bine, e-n regulă, putem vorbi oricând, mai târziu, dacă doreşti"*. Dacă răspunsul este pozitiv: *„Ce fel de sentimente ai?"*, *„Ce simţi tu?"*.

Sprijinul emoţional. Poate fi întotdeauna oferit prin întâmpinarea nevoilor şi dorinţelor particulare ale oricărui copil.

CAPITOLUL IV: Psihoterapia experiențială de grup a copilului în contextul sistemului familial - Un model experimental de optimizare a relațiilor părinți-copii -

IV.1. Prezentarea cadrului metodologic al modulului de optimizare

Experimentul de grup prezentat în continuare reprezintă un modul pilot destinat îmbunătățirii climatului familial și, în special, corectării unor disfuncționalități apărute în relația dintre părinți și copii. Descrierea metodologiei aplicate pentru realizarea lui precizează contextul-cadru în interiorul căruia s-au desfășurat procesele de transformare terapeutică prezentate în partea a doua a acestui capitol.

Motivația inițierii unui astfel de experiment este dată, la nivel social, de criza pe care o traversează familia în societatea românească și ale cărei principale simptome constau în restructurarea dramatică a valorilor familiale tradiționale, dezorientarea în privința mijloacelor educaționale folosite în relația cu copiii, diminuarea simultană a rolului și autorității școlii. Fin seismograf al dezechilibrelor de la nivel macrosocial, climatul familial reflectă toate aceste dileme care sunt traduse în perturbări ale relației dintre părinți și copii, și, într-o perspectivă mai largă, dintre familie și școală.

Specificul experimentului de față constă atât în modul de organizare a procesului psihoterapeutic (părinții și copiii lucrează împreună, se transformă împreună, modificarea vizată de intervenția terapeutică realizându-se concomitent și în interacțiunea reală dintre ei), cât și în tehnicile utilizate: metode experiențiale de grup expresiv-creative.

Revederea derulării cronologice a experimentului reliefează parcurgerea următoarelor etape:

Selectarea participanților

Pentru realizarea modulului experimental au fost selectați un număr de zece copii și părinții lor. Limita grupului de copii și părinți a fost impusă pe de o parte de cerințele de organizare a grupului de optimizare, iar pe de altă parte de particularitățile lucrului terapeutic: activitatea separată a grupurilor de copii,

respectiv, de părinți, și reunirea acestora în partea a doua a programului de intervenție în grupul mixt părinți-copii.

Copiii cuprinși în lotul experimental, în vârstă de 7, 8 și 9 ani, sunt elevi în clasele I, a II-a și a III-a. Pe baza recomandărilor învățătoarelor și a solicitărilor părinților, într-o primă fază a selecției, în grup au fost incluși **copiii cu tulburări comportamentale, de relaționare și integrare socială.** Această primă selecție a fost ulterior completată cu un interviu realizat cu copiii și părinții acestora, în urma căruia s-a definitivat componența celor două grupuri.

Organizarea grupurilor de lucru

A urmat o întâlnire a terapeuților cu părinții, al cărei scop a fost precizarea obiectivelor modulului de optimizare, stabilirea programului și duratei întâlnirilor. Schema de desfășurare a programului a fost următoarea: primele cinci întâlniri de grup s-au realizat după criteriul celor două generații, grupul copiilor, respectiv grupul părinților, au lucrat separat timp de cinci ședințe, iar în ultimele cinci întâlniri cele două grupuri reunite au format un singur grup, mixt, având o frecvență de o întâlnire pe săptămână.

Evaluarea psihodiagnostică a participanților

Cunoașterea problemelor participanților ne-a permis alegerea tipurilor de intervenții psihoterapeutice cele mai adaptate nevoilor lor. Am folosit ca instrumente psihodiagnostice testele proiective: testul persoanei, testul arborelui și testul familiei, pe care le-am aplicat atât copiilor cât și părinților. Informațiile obținute în acest mod au fost îmbogățite cu cele obținute prin intermediul interviului anamnestic. Un proces simetric de evaluare psihodiagnostică a avut loc în finalul modulului experimental, pentru a determina schimbările care au intervenit și pentru a valida eficiența programului de optimizare propus.

Stabilirea obiectivelor și a direcțiilor de acțiune

Analiza problematicii developate în ședințele destinate activității de psihodiagnoză a condus la formularea obiectivelor intervenției de optimizare:

- rezolvarea unor probleme personale ale copiilor și părinților (ex: întărirea imaginii de sine, creșterea asertivității și expresivității personale, deblocarea resurselor creative etc);
- conștientizarea patternurilor de comunicare, a jocurilor psihologice utilizate în cadrul sistemului familial și, în special, în relația părinți-copii;
- descoperirea și exersarea unor modalități optime de interacțiune și comunicare între părinți și copii.

Demersul psihoterapeutic şi de optimizare a relaţiilor intrafamiliale

Demersul psihoterapeutic iniţiat a avut în vedere atât nivelul familial cât şi nivelul personal, individual, asigurând o intervenţie psihoterapeutică complexă, de tip sistemic-experienţial.

La *nivelul sistemului familial* am urmărit disfuncţionalităţile familiei ca întreg, în special problemele de cuplu şi perturbările din familia extinsă (cazul relaţiilor stabilite pe verticală, între bunici, părinţi şi copii).

La *nivel individual* am abordat dificultăţile care nu sunt generate de anumite modalităţi de interacţiune din familie ci, mai curând, de un tip particular de structurare interioară, ca rezultat al experienţei personale de viaţă. Cele mai frecvente probleme abordate în ambele grupuri (părinţi şi copii) sunt cele referitoare la imaginea de sine, asertivitate, deblocare corporală şi descărcare emoţională, comunicare şi relaţionare, toleranţă şi respect.

IV.2. Lucrul cu grupul de familii (grupul părinţilor)

Lucrul în grupul familiilor, preliminar celui din grupul mixt, a vizat clarificarea problemelor cu care se confruntă părinţii, diferenţierea şi delimitarea problemelor de cuplu şi individuale (personale) de relaţia cu copiii, conştientizarea manierei în care dificultăţile de la nivelul sistemului familial se reflectă în relaţia cu copiii. Cel mai adesea, părinţii tind să-şi folosească inconştient copiii pentru atenuarea propriilor probleme sau a dificultăţilor de cuplu, aceştia devenind obiect al proiecţiilor sentimentelor de vinovăţie, agresivitate, respingere, acuzare ale părinţilor, neexprimate acolo unde apar şi atunci când apar.

Obiectivele procesului psihoterapeutic derulat la nivelul sistemului familial s-au concentrat asupra conştientizării modului în care este structurată şi funcţionează familia de apartenenţă, a rolurilor asumate în cadrul ei, focalizând aria intervenţiei pe problematica particulară şi extrem de sensibilă a relaţiilor dintre părinţi şi copii.

Percepţia sistemului familial din care fac parte a condus la descoperirea şi exersarea unor modalităţi mai eficiente de interacţiune pentru optimizarea climatului familial. Tehnica „fotografiei" şi „sculpturii familiei" reprezintă pretextul provocativ pentru analiza poziţiei în cadrul sistemului familial a fiecărui participant la grup şi pentru conştientizarea alianţelor, conflictelor şi a jocurilor psihologice din familie.

Obiectivarea relaţiei cu copiii şi conştientizarea modului personal de raportare la aceştia au făcut posibilă explorarea unor strategii mai adaptate de comunicare între părinţi şi copii.

Tehnicile psihodramatice combinate cu tehnici Gestalt terapeutice au facilitat conştientizarea elementelor funcţionale şi disfuncţionale din cadrul relaţiei parental-filiale, a nevoilor şi aşteptărilor copiilor în raport cu părinţii, a trăsăturilor şi comportamentelor parentale care îl atrag sau nu pe copil.

Evaluarea psihodiagnostică a familiilor care au participat la grupul de optimizare a dezvăluit existenţa unor sisteme familiale cu problematică specifică. Prezentăm în continuare demersul psihoterapeutic şi de optimizare realizat la nivelul sistemului familial pentru fiecare din familiile cuprinse în terapie.

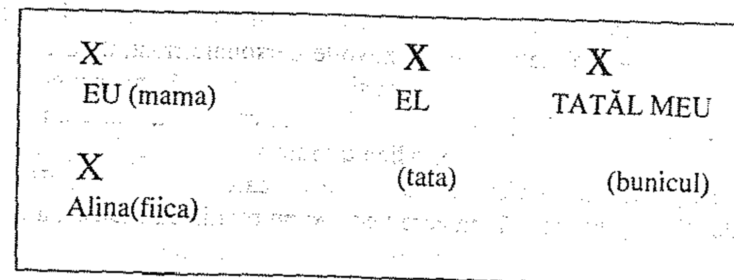
Caz 1. Problematica familiei în destrămare
Laura – o mamă potenţial singură

Analiza problematicii acestui tip de familie developată prin intermediul mamei (Laura) a reliefat existenţa unei stări de frustrare cronicizată exprimată în ostilitatea şi dispreţul declarate faţă de partener, trăiri intense, contradictorii, constituirea unei alianţe cu copilul şi suprasolicitarea acestuia prin aşteptări nerealiste legate de comportamentul lui, sentimente de nesiguranţă faţă de potenţialul rol de mamă singură.

Intervenţia psihoterapeutică a stimulat exprimarea agresivităţii şi a trăirilor negative asociate cu situaţia familială actuală, clarificarea şi diferenţierea sentimentelor confuze, pregătirea pentru viitorul statut de mamă singură, corectarea relaţiei cu fiica.

Una dintre tehnicile psihoterapeutice care a permis abordarea problematicii familiale cu care se confruntă Laura este tehnica „fotografiei de familie".

Terapeutul oferă o coală de hârtie înzestrând-o cu rolul de fond al unei fotografii de familie, fond pe care, cu ajutorul unui element simbolic, Laura va aşeza fiecare membru al familiei sale în raport cu propria persoană. Primul personaj desenat va fi chiar ea, toţi ceilalţi membrii ai familiei urmând a fi apoi aşezaţi în poziţii care să exprime relaţia ei cu aceştia.



Din fotografie reiese distanța pe care Laura o percepe între sine și soț, precum și tendința de apropiere compensatorie de fiică. Dialogul purtat pe baza desenului surprinde aceste tendințe:

Terapeut: „Vorbește-ne despre familia pe care ai reprezentat-o în fotografie."
Laura: „Aici sunt eu cu Alina. Acolo este el... soțul. Mai e și tata."
T: „Cum te simți tu acolo unde ești?"
L: „Bine."
T: „Ce simți față de ceilalți membri ai familiei cu care ești în relație?"
L: „Mă simt bine cu Alina. Ne înțelegem. Mă ascultă... în general!" *(Alianța cu copilul compensează distanța emoțională instalată în relația conjugală fiind, după cum se va preciza în continuare, o proiecție a nevoilor de acceptare și autoritate neîmplinite în cuplu.)*
T: „Este important pentru tine ca Alina să te asculte?"
L: „Da. Dar nu mă ascultă întotdeauna."
T: „Ce înseamnă să te asculte?"
L: „Să facă ce-i spun eu. Să fie cuminte, ascultătoare."
T: „Să fie cuminte. Dar nu e întotdeauna așa cum îți dorești tu. Ce faci atunci?"
L: „O bat."
T: „Cum te face să te simți atunci când nu e cuminte?"
L: „Mă supără. Am nevoie de liniște. Măcar ea să fie liniștită."
T: „Înțeleg că mai sunt și alte persoane care nu țin cont de liniștea de care ai nevoie..."
L: „Soțul. El face tot timpul scandal, țipă, ne bate..."
T: „Și atunci tu vrei ca măcar Alina să fie liniștită."
L: „Da." *(Nevoia de liniște și autoritate a mamei este deplasată asupra Alinei, care, după cum a reieșit din anamneză și din lucrul în grupul copiilor, este blocată corporal și inhibată în interacțiunile cu ceilalți copii. Nevoia de liniște a Laurei proiectată asupra ei îi blochează inițiativa obligând-o să se supună dorințelor mamei.)*

Demersul psihoterapeutic, pe parcursul mai multor întâlniri, se concentrează asupra reconstruirii unei relații autentice a mamei cu Alina care are la bază recunoașterea nevoilor firești ale copilului și repunerea sa în rolul de copil.

Consilierea Laurei a vizat adoptarea unui stil educațional care să țină cont de nevoile Alinei delimitate de nevoile personale frustrate ale mamei. Pe parcursul consilierii individuale, Laura și-a dat seama că, inconștient, folosește următoarea ipoteză: „Dacă soțul mă tulbură foarte mult, mă chinuie, atunci, pentru că îmi doresc să am liniște, Alina trebuie să fie un copil supraadaptat, un sfânt.", conștientizând astfel că așteptările pe care le are de la fiica sa sunt nerealiste. Noua perspectivă din care vede acum relația cu fiica sa, a ajutat-o să modifice și să îmbunătățească comunicarea și interacțiunea cu aceasta, în virtutea unor așteptări mai realiste.

Terapeut: „Imaginează-ți că ești Alina și află ce simte ea. Ce o face să nu te asculte?"
Laura: „Ea ar vrea să se joace, să iasă afară cu copiii."
T: „Și cum e asta pentru tine, mamă?"
L: „E bine, dar când îi dau eu voie, nu când vrea ea."
T: „Pentru că dacă ar ieși afară când ar vrea ea..."
L: „Înseamnă că nu mă ascultă iar eu mi-aș face griji pentru ea. Și nu pot să îmi mai fac griji și pentru ea."
T: „Pentru cine îți mai faci griji?"
L: „Pentru el."
T: „Pentru soțul tău." *(Dificultățile de acceptare a nevoilor Alinei au la bază permanenta devalorizare și lipsă de comunicare din relația conjugală. De aceea intervenția terapeutică își modifică direcția, abordând sursa dificultăților cu care se confruntă Laura. După ce își va clarifica relația cu soțul și va deveni conștientă de așteptările frustrate acumulate în această relație, Laura va putea descoperi un alt pattern de interacțiune cu Alina.)*
T: „L-ai desenat departe de tine."
L: „Da. Nici nu vreau să mai știu de el."
T: „Nu vrei să mai știi de el... Uite acolo este soțul tău. Spune-i direct ce crezi despre el!" *(tehnica „scaunului gol")*
L: *(întorcându-și privirea)* „Nu, n-are rost!"
T: „Spune-i totuși. Spune-i cum îți vine ce simți față de el!" *(Exprimarea directă a sentimentelor are rol de descărcare emoțională. Detensionarea care rezultă în urma acestui tip de catharsis primar permite conștientizarea adevăratelor trăiri și inițierea unei transformări mai autentice.)*
L: „Vreau să plece..."
T: „Spune-i direct: vreau să pleci pentru că..."
L: „Pentru că m-am săturat de tine."
T: „M-am săturat de tine pentru că..."
L: „Nu faci nimic, bei, nu aduci bani acasă, faci scandal, o bați pe Alina..."
T: „Spune-i tot ce simți acum față de el!"
L: „Vreau să pleci, să mă lași cu Alina și cu tata!"
T: „Dacă o să pleci eu o să mă simt..."
L: „O să mă simt foarte bine, liberă, n-o să muncesc să te țin și pe tine..."
T: „Acolo este soțul. Află ce spune soțul tău. Fii soțul." *(Schimbarea de rol și jocul de rol inversat facilitează decentrarea perceptivă și emoțională, efectul obișnuit fiind diminuarea încremenirii într-o poziție defensivă și explorarea unor alternative de simțire și, implicit, de acțiune.)*

L: „Nu vrea să plece. Îi convine aşa, să stea pe capul nostru."
T: „Înţeleg că soţul nu vrea să plece de lângă voi. Încearcă să afli de ce!"
L: „Ca să ne chinuiască, să profite de pe urma mea."

(Blocajul este evident datorită sentimentelor negative foarte puternice care deformează percepţia transformându-l pe soţ într-un adevărat inamic. Ca soluţie de depăşire a blocajului se propune tehnica metapoziţiilor care se bazează pe arsenalul psihodramatic stimulând o decentrare perceptiv-emoţională mai accentuată, care favorizează detaşarea şi, implicit, evaluarea mai obiectivă a situaţiei.)

T: „În desen l-ai reprezentat şi pe bunic. Fii bunicul şi află ce părere are el despre ce se întâmplă între tine şi soţul tău."
L: „El zice să plece că o să ne fie mai bine."
T: „O să fie mai bine... Pentru cine, în ce fel?"
L: „Pentru noi toţi. N-o să mai fie scandal, n-o să se mai ducă banii pe băutură."
T: „Îl simţi pe tatăl tău de partea ta."
L: „Da. Şi el s-a săturat."
T: „De ce crede bunicul că se comportă aşa tatăl Alinei?"
L: „Dacă e beţiv, leneş..."
T: „Imaginează-ţi că o persoană străină vine în vizită la voi. Fii persoana respectivă şi află cum vede ea lucrurile." *(se schimbă şi poziţia spaţială)*
L: „?..."
T: „Ce crede despre soţ?"
L: „Se poartă urât."
T: „Ce crede despre dorinţa ta ca el să plece?"
L: „E bine."
T: „Ce crede persoana că vei câştiga?"
L: „N-o să mai fiu sclava lui, o să pot să îmi continui studiile, să am bani."
T: „Ce dificultăţi ai avea dacă ar pleca?"
L: „Nu am bani acum ca să divorţez."
T: „Nu ai bani acum. Dar o să ai?"
L: „Da, pentru că o să am timp să muncesc."
T: „Cum o să fie pentru Alina dacă tatăl o să plece?"
L: *(ezită)* „O să fie cu mine."
T: „Fii Alina. Ce simţi tu, Alina, faţă de plecarea tatălui?"
L: „Nu o să mă mai bată. Şi nici pe mama."
T: „Cum o să-ţi fie ţie, Alinei, după ce tata a plecat?"
L: „Bine. O să fiu cu mama."

Testul familiei a dezvăluit anxietatea intensă trăită de Alina în relaţia cu tatăl care o bate şi o ceartă, anxietate însoţită de puternice resentimente şi care-i provoacă o mare tensiune interioară, vizibilă la nivelul corpului, fetiţa fiind

foarte blocată corporal. Contextul a permis atunci realizarea următorului demers psihoterapeutic:
Alina: „Eu nu mă împac bine cu tata."
Terapeut: „Ce te face să spui asta?"
A: „Pentru că mă bate şi mă ceartă."
T: „Şi când te bate şi te ceartă ce îţi vine să îi spui?"
A: „Atunci îmi vine să îi spun: Tată nu mă mai bate!"
T: *(aşezând în faţa Alina un scaun gol)*: „Uite, aici, în faţa ta, pe acest scaun, este tatăl tău. Spune-i acum ce vrei să-i spui!"

(Ţinând cont de nerăbdarea şi încordarea A. provocarea unei experienţe de descărcare emoţională o ajută să exprime ceea ce nu poate spune în faţa tatălui, eliberând-o de teamă şi frustrare.)

A: „Tată, nu mă mai bate!"
T: „Spune-i mai tare!"
A: „Tată, nu mă mai bate!" *(Stă dreaptă, cu picioarele bine înfipte în pământ, strângând puternic din pumni.)*
T: „Strânge mai tare pumnii şi mai spune-i o dată tare, cât poţi tu de tare!"
A: *(furioasă)* „Tată, nu mă mai bate!"
T: „Să spunem împreună cu Alina." *(Participarea grupului asigură, pe de o parte, susţinerea emoţională de care A. are nevoie, iar pe de altă parte oferă şi altor copii cu probleme similare posibilitatea de a exprima emoţii reprimate.)*
A: *(împreună cu grupul)* „Tată, nu mă mai bate!" *(repetă de 3-4 ori)*
T: „Cum te simţi acum, Alina?"
A: *(răsuflând uşurată)* „Bine... Foarte bine."
T: „Mai vrei să spui ceva tatălui?"
A: „Nu. Nimic."

T: „Şi tu, mamă, cum o să te descurci singură cu Alina?"
L: „O să mă ajute tata. O să lucrez mai mult."
T: „Laura, revino la locul iniţial. Ce crezi acum după ce ai ascultat tot ce au spus bunicul, Alina, o altă persoană?"
L: „Sunt convinsă că trebuie să divorţez. Că e mai bine aşa şi pentru mine şi pentru Alina."

Utilizând ca suport tehnica metapoziţiilor combinată cu jocul de rol, Laura şi-a clarificat dacă vrea sau nu cu adevărat să divorţeze, reflectând la avantajele sau dezavantajele în plan emoţional, material şi social pe care divorţul i le-ar putea aduce.

Caz 2. Problematica familiei care se reîntregeşte

Gabi - o mamă în căutarea unui rol adecvat

Pretextul provocativ care a declanşat următorul proces psihoterapeutic a fost realizarea „sculpturii familiei": fiecare părinte modelează cu ajutorul celorlalţi participanţi un grup statuar care exprimă într-o manieră tridimensională relaţia sa cu copilul/copiii. Când „construcţia" este terminată, el va intra pe rând în rolul fiecărui personaj şi va vorbi din punctul acestuia de vedere, exprimând cum se simte în această relaţie, ce motive de satisfacţie şi insatisfacţie îi oferă aceasta, ce şi-ar dori de la această relaţie şi ce ar putea face pentru a obţine ce-şi doreşte.

Cu ajutorul a două persoane din grupul de părinţi, Gabi a pus în relaţie membrii familiei sale: fiul, Iustin, stă în braţele bunicii, mama (Gabi) îşi întinde mâna dreaptă către bunică şi se află la o uşoară distanţă de diada bunică-nepot.

Dialogul desfăşurat până în acest moment a dezvăluit distribuţia rolurilor într-o familie monoparentală alcătuită din bunică (maternă), mamă şi fiu. Bunica preia rolul mamei în timp ce mama, frustrată de imposibilitatea exercitării propriului rol, adoptă o atitudine mai degrabă paternă în relaţia cu fiul ei.

Problematica psihologică a acestei familii aşa cum este prezentată din perspectiva lui Gabi se referă la frustrarea accentuată a mamei privată de rolul ei firesc, conflicte transgeneraţionale, dificultatea substituirii tatălui, nevoia unui soţ şi a unui tată pentru copil, incertitudine şi teamă legată de eventualitatea recăsătoriei. Procesul psihoterapeutic a vizat clarificarea trăirilor, conştientizarea dorinţelor şi aşteptărilor în raport cu sine, dar şi cu celelalte persoane din viaţa ei, explorarea alternativelor din acest moment, a avantajelor şi dezavantajelor fiecărei opţiuni şi stimularea asumării riscurilor uneia dintre posibilităţi pentru depăşirea blocajului.

Pe parcursul acestui demers terapeutic am trecut treptat de la problema relaţiei mamă-copil (generaţia a doua), la cea mamă-fiică (generaţia întâi) şi, de aici, la problema personală a mamei în ce priveşte relaţia ei de parteneriat trecută şi actuală, cu implicaţii fundamentale în cadrul sistemului familial prezent.

O invit pe Gabi să adopte rolul mamei sale (bunica):

Terapeut: „Bunico, înţeleg că tu îi faci toate poftele lui Iustin. Ce te face să-i faci toate poftele?"

Gabi: „Să fie bine pentru el."

T: „Ar putea fi şi rău pentru el?"

G: „Poate! S-ar putea să fie rău ca şi tatăl său!"

T: „Înţeleg că ţi-e frică că ar putea semăna cu tatăl său? Cum era tatăl?"

G: *(obrajii încordaţi, un uşor tremur al buzelor şi al vocii)* „Era! *(oftează)* Era câteodată bun, câteodată mai rău. Era alcoolic...*(oftează din nou)* şi certăreţ. Şi bătea atunci când era băut. *(Adresarea impersonală sugerează faptul că lui Gabi îi este foarte greu să vorbească despre acest lucru.)* Era şi gelos ... şi multe altele..."

T: „Era alcoolic şi gelos şi bătea pe toată lumea şi..."

G: „Şi de multe ori mă bătea fără motiv sau... *(oftează)* Mamei mele, când îl vede pe Iustin i se pare că seamănă puţin cu P. *(fostul soţ)*, că are energie..." *(Imaginea tatălui se proiectează asupra copilului care nu mai este privit ca fiinţă distinctă, unică, ci se transformă într-o fantomă a tatălui respins.)*

T: „Dar tu ce crezi, Gabi, despre lucrul acesta?"

G: „Eu nu cred că Iustin seamănă chiar aşa mult cu el. Are într-adevăr multă energie. Dar este un copil normal şi trebuie să-şi consume într-un fel energia: să alerge **nu**, să se joace **nu** că face gălăgie şi deranjează..." *(Mama reuşeşte să menţină diferenţa între soţ şi copil şi să privească energia lui I. ca pe o nevoie firească de mişcare a copilului. Adesea mamele singure, divorţate îşi privesc copilul ca pe o întrupare a soţului plecat aşteptând să surprindă orice asemănare cu el, răpindu-i posibilitatea de a fi şi deveni el însuşi.)*

T: „Să înţeleg că bunica îi face toate poftele, în timp ce tu..."

G: „Eu mă opun. Da! Dar, dacă Iustin vrea ceva, spre exemplu, să ia cu el la joacă şi maşina şi tractorul şi multe alte jucării, mama face tot ce spune el."

T: „Şi atunci când mama ta îi satisface toate poftele, eu simt nevoia ... ce să fac?"

G: „Să o cert pe mama! Da! De multe ori îi spun: nu mai face aşa pentru că o să se obrăznicească şi mai mult şi când va fi mai mare nu va mai asculta de nimeni. Iustin dacă îi zice bunicii „fă asta", mama face, iar eu mă simt nevoită să fiu mai dură."

T: „Deci, tu, Gabi, te vezi nevoită să fii mai autoritară."

G: „Da! Altfel nu se poate!"

T: „Devii, practic cine, în familia asta?"

G: „Un tată!" *(i se luminează faţa.)*

T: *(concluzionând)* „Deci mama îşi asumă rolul de bărbat, de tată şi bunica pe cel de femeie, de mamă în această familie... Iustin *(terapeutul se adresează acum persoanei care joacă rolul copilului)*, Iustin, te-ai gândit vreodată că ai putea avea un tată?"

I: „Da. Mi-aş dori un tată care să fie alături de mama, s-o iubească pe ea dar, în acelaşi timp să mă iubească şi pe mine."

T: „Tu, Iustin, ţi-ai dori un tată! Un tată care s-o iubească pe mama dar care să te iubească şi pe tine. Ce spui, mamă, despre acest lucru?" *(Gabi primeşte din partea unui membru al grupului o posibilă soluţie la problema sa.)*

G: „Am un prieten, dar nu știu dacă s-ar putea întâmpla. E blând, se poartă frumos cu mine. E atras de Iustin, dar ..."

Se conturează așadar temerile lui Gabi cu privire la o eventuală recăsătorie, temeri ce tulbură liniștea acesteia datorită faptului că Gabi nu „s-a debarasat" de experiențele trecutului, acestea împiedicând-o să-și trăiască viața în continuare, situație des întâlnită la femeile-mame care au trecut printr-o experiență maritală nereușită și printr-un divorț dureros.

T: „Dar eu simt că..."

G: „Mi-e frică. Mă gândesc să nu fie iar ca celălalt, să mă certe, să mă bată, iar eu n-aș mai suporta asta."

T: „Și pentru că gândesc toate acestea, cum mă implic în relația cu prietenul meu? Cum mă simt în această relație?"

G: „Mă simt bine. El nu mi-a spus nimic rău, dar ceva mă oprește. Cu toate că eu cred că ar putea fi bine dacă stau să compar relația mea actuală cu cea din trecut cu soțul meu. Îmi place de el, se poartă frumos cu mine, mă iubește, dar mai important pentru mine este faptul că îi place de Iustin și se înțelege bine cu el. Cred că mi-aș dori ca el să-l iubească pe Iustin mai mult decât pe mine. Să poată să-i fie tată."

T: „Mi-aș dori un tată pentru Iustin. Îmi doresc un tată pentru Iustin care să-l iubească mai mult pe el decât pe mine, ca eu să pot fi ce?"

G: „Mamă." *(răsuflă ușurată)*

T: „Să înțeleg că îți dorești acest lucru?"

G: „Da! E foarte greu să fiu tată pentru Iustin. Cred că îmi doresc din tot sufletul să pot fi ceea ce sunt, să-i fiu mamă."

T: „Ce ar însemna asta pentru tine?"

G: „Aș putea fi mai îngăduitoare și cred că asta m-ar face să mă simt mai bine. Poate n-aș mai fi așa severă cu el, n-ar mai trebui să fiu."

S: „Preia altcineva rolul de tată, un bărbat, așa cum este și firesc."

Gabi și-a găsit în final soluția cea mai convenabilă pentru ea. Terapeutul conduce prin dialog clienta în explorarea viitoarelor implicații ale soluției descoperite.

T: „Așadar ar fi formidabil ca Iustin să aibă un tată. Ce s-ar întâmpla dacă te-ai recăsători?"

G: „În primul rând Iustin ar avea un tată și poate s-ar schimba mai multe în casă."

T: „Ce s-ar putea schimba?"

G: „Iustin ar fi mai cuminte pentru că acum are un tată și pentru mine un soț cred că ar fi un ajutor în casă. Fac și eu destule în casă, dar în limita posibilităților. Un bărbat ar fi de un mare ajutor. Cred că mi-ar trebui un astfel de om pe care să mă pot baza."

T: *(antrenând ceilalți membrii ai grupului)* „Ce s-ar putea întâmpla dacă Gabi s-ar căsători?"

(Punerea în practică a soluției găsite va aduce, cu siguranță, multe schimbări atât în viața lui Gabi cât și a sistemului ei familial cu întregul său arsenal de relații interindividuale. E bine ca înainte clienta să-și formeze o imagine cât mai completă cu privire la ce s-ar putea întâmpla ca urmare a deciziei sale de a se recăsători. Implicarea cât mai multor membri ai grupului în discuție îl ajută pe terapeut să-și realizeze obiectivul propus.)

L: „Ar fi bine să se căsătorească."

T: „Ce avantaje sau ce dezavantaje ar putea avea?"

L: „Ar avea un bărbat care s-o ajute, n-ar mai fi singură, Iustin ar avea un tată, dar tata s-ar putea să-l iubească sau nu. Nu se știe."

T: „Și dacă tata îl iubește..."

L: „E totul în regulă. Dacă nu, ar fi rău."

T: „Și dacă ar fi rău, ce s-ar putea întâmpla?"

L: „Ar putea să se despartă."

S: „Cred că cel mai bine ar fi să stea o perioadă împreună înainte de a se căsători. Stând zi de zi cu aceeași persoană, în aceeași casă și-ar putea da seama ce fel de om este, cum se comportă cu Iustin, ce simte față de el, ce face pentru el."

Li: „Și ar putea să-și dea seama dacă o ajută într-adevăr la treburile gospodărești."

E: „Eu sunt totuși de altă părere. Cred că noul tată n-ar putea înlocui tatăl natural. Într-un fel se raportează la el, în altfel la noul tată. E posibil să nu-l primească Iustin bine pe noul tată, să-l respingă."

T: „Gabi, ce părere ai despre acest lucru? E posibil să se întâmple așa?"

G: „Nu. Nu-l cunoaște prea bine pe tatăl lui. L-a părăsit când avea 4 ani și de atunci nu l-a mai văzut. Nu-i trimite nici pensie alimentară. Din câte am văzut, Iustin s-a atașat de acest bărbat. Îi place de el, i se luminează fața când îl vede."

E: *(pesimistă)* „Oricât de mult l-ar iubi, tot o să ai vreodată impresia că cine știe ce-i face, sau că face un gest nu tocmai potrivit și că totuși nu-l iubește pe cât îți dorești. Știu, e important să ai grijă și de tine, dar eu totuși nu cred că e bine să te recăsătorești."

S: „Dar să știi că eu cred că s-ar putea într-adevăr să ajungă să țină foarte mult la Iustin, mai ales dacă îi plac foarte mult copiii."

E: „Da! Eu nu spun că nu ar putea să-l iubească, dar... *(Și acum Ema dă exemplul vecinilor ei, care s-au căsătorit cu câțiva ani în urmă, ea având un copil din prima căsătorie, situația fiind similară cu cea de față. Tatăl părea a ține foarte mult la copilul soției sale, numai că lucrurile s-au schimbat odată cu nașterea propriului său copil, evident în defavoarea celui dintâi. Acestuia i s-au atribuit sarcini noi, specifice unui copil parental: să aibă grijă de cel mic,*

să participe la treburile gospodărești etc.) Acest copil a ajuns să fie de-a dreptul persecutat."

T: „În cazul acesta cine credeți că ar fi vinovat de faptul că, copilul este persecutat?"

Li: „Mama!"

L: „Tata!"

T: „Deci, de părinți depinde totul?!"

G: „Da! *(hotărâtă)* Cred că și dacă mă recăsătoresc și văd că lucrurile nu merg așa cum vreau eu, pot să mă despart."

T: „Să înțeleg că soluția care ți se pare cea mai convenabilă în momentul de față este cea de a te recăsători."

G: „Da! Cred că da! Dacă nu încerc, nu voi ști niciodată dacă ar putea fi sau nu o reușită. Se schimbă cu siguranță ceva, poate în bine, poate în rău. Merită să încerc!"

(Gabi a analizat în această ședință o soluție, care să îi aducă, cel puțin pentru moment, o stare de confort psihic. Un nou soț va împlini dorința copilului de a avea un tată și, în același timp, va permite mamei să-și exercite rolul pe care și-l dorește cel mai mult: rolul de mamă. Clienta a conștientizat faptul că există și riscuri dacă urmează acest drum, dar este important faptul că ea își asumă aceste riscuri.)

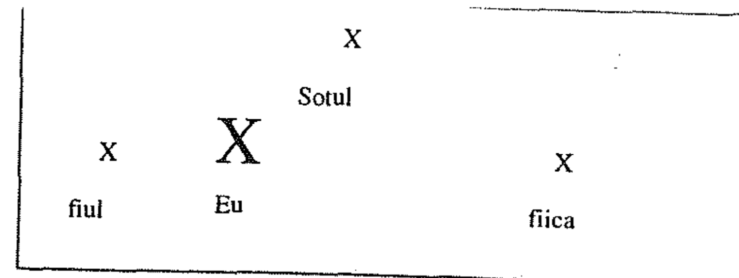
Caz 3. Problematica familiei complete cu tată demisionar

Ema – o mamă supraresponsabilă

Problematica specifică a familiei complete, dar în care prezența efectivă a tatălui este aproape nulă, reliefează un puternic dezechilibru la nivelul cuplului, care, cel mai adesea, conduce la suprasolicitarea și supraresponsabilizarea mamei. Dacă această responsabilizare excesivă și nefirească este acceptată și trăită de soție ca mod de a fi în relație, atunci este foarte probabil ca în procesul terapeutic să iasă la lumină sentimente de vinovăție, autoculpabilizare, victimizare, autostimă redusă, reprimarea agresivității, depresie de fond și, în general, un scenariu de viață de tip victimă.

Intervenția psihoterapeutică în acest caz are ca obiectiv de primă instanță conștientizarea supraresponsabilizării și a trăirilor asociate cu acest mod de a fi, iar ca obiectiv pe termen lung, reconectarea cu sine a persoanei, dezvoltarea încrederii și respectului de sine prin descoperirea, acceptarea și exprimarea propriilor nevoi, dorințe, aspirații.

În urma realizării fotografiei familiei, Ema a conștientizat că ea este „stâlpul de susținere" al întregului edificiu familial, situându-se între cei doi copii și soț, acesta din urmă fiind psihologic absent.



Ema: „Păi, așa e în realitate. Eu mă ocup de toți: de Cristi trebuie să am grijă pentru că e cum e, de Alina trebuie să am grijă să-i înțeleg problemele: acum la vârsta asta are nevoie de mamă."

Terapeut: „Mai este soțul. Care este rolul lui în familie?"

E: „A, el e ca și cum n-ar fi. De multe ori trebuie să am grijă și de el."

T: „Înțeleg că nu te ajută prea mult."

E: „Deloc. Zice că are nevoie de liniște când vine acasă."

T: „El are nevoie de liniște. Ți-a spus asta. Dar tu ce nevoie ai?"

E: „A, nu contează. N-am timp să mă gândesc la mine. Important este să o scot la capăt." *(Atitudinea care susține comportamentul mamei este minimalizarea și ignorarea propriilor nevoi concomitent cu supraresponsabilizarea pentru împlinirea nevoile membrilor familiei.)*

T: „Să o scoți la capăt, adică..."

E: „Cel mai bine mă simt când vine noaptea și toată lumea doarme. Cristi și-a făcut lecțiile, Alina e fericită."

T: „Și tu, Ema, cum te simți?"

E: „Sunt mulțumită că am scos-o la capăt și azi."

T: „Azi așa, mâine așa, poimâine... Tot timpul e așa?"

E: „Da. Numai că uneori nu pot să-i împac pe toți. Mă doare capul cumplit și zac."

T: „Și cum e atunci?"

E: „E haos. Totul se duce de râpă: Cristi face crize, Alina plânge, soțul țipă la Alina și-l bate pe Cristi..."

T: „Și tu ce faci?"

E: „Mă străduiesc să-i împac: îi dau lui Cristi ce vrea el, vorbesc cu Alina."

T: „Din câte înțeleg, tu, Ema, trebuie să o scoți la capăt în fiecare zi cu toate treburile din familie, trebuie să-i împaci pe toți și totul se duce de râpă atunci când nu ești în formă."

E: „Asta e."

T: „Asta e, înseamnă că accepți situația în care tu ești responsabilă pentru tot ce se întâmplă bine sau rău în familia ta."

E: „N-am încotro. Dacă nu fac eu toate astea..."

T: „Ce s-ar întâmpla dacă n-ai face tu toate astea?" *(Supraresponsabilizarea poate reprezenta un mod subtil dar extrem de costisitor de conservare a sentimentului puterii, a omnipotenței personale, prin menținerea celorlalți într-o stare de dependență: Ema compensează sentimentul dureros al devalorizării și vinovăției, prin maniera exclusivistă și rigidă de asumare a responsabilităților casnice. Intervenția psihoterapeutică propune, la nivel imaginativ-mental, schimbarea radicală a comportamentului, în vederea dezvăluirii beneficiilor secundare care sunt amenințate de această modificare.)*
E: *(surprinsă)* „?"
T: „S-a întâmplat vreodată să nu mai faci toate astea, să nu te mai porți ca și cum familia ar fi doar responsabilitatea ta?"
E: „O dată n-am mai vrut să spăl. Au stat acolo hainele până au început să le poarte din nou, nespălate."
T: „Aha! Și ce s-a întâmplat?"
E: „Tot eu a trebuit să le spăl."
T: „A trebuit?"
E: „Păi, îmi era mie silă să-i văd că umblă așa."
T: „Înțeleg că le-ai spălat pentru că *ție* îți era silă. Dar Alina, soțul, ce au făcut?"
E: „N-au făcut nimic. Credeau că o să-mi treacă."
T: „Îți mai trecuse cu alte ocazii?"
E: „Tot timpul. Tot eu trebuie să rezolv situațiile astea. N-are cine altcineva." *(Persistența în același tip de argumente sugerează profunzimea și rigiditatea acestei atitudini care devine o redutabilă rezistență în procesul de optimizare a comportamentului.)*
T: „Tu **trebuie** să rezolvi, tu **trebuie** să faci ceva tot timpul. Imaginează-ți că ai putea deveni invizibilă, că ai rămâne în familie, dar n-ai putea să acționezi și nici să fii văzută. Ce s-ar putea întîmpla?"
E: „Nici nu vreau să mă gândesc. Ar fi o nebunie."
T: „Ar fi o nebunie, chiar așa, și totuși ce s-ar putea întâmpla?"
E: „Cristi ar suferi. Soțul meu n-are răbdare cu el. N-aș putea să îi fac asta lui Cristi."
T: „Și totuși ești invizibilă și nu poți face nimic. Imaginează-ți ce se întâmplă."
E: „Nu pot. Cristi are nevoie de mine. Nu poate să se descurce fără mine."
T: „Va trebui să învețe să o facă."
E: „Nu, n-o să poată fără mine." *(Copilul este menținut dependent pentru a justifica scenariul de viață de tip victimă al mamei și avantajele compensatorii oferite de supraresponsabilizare.)*
T: „N-o să poată fără tine... Ce te face să spui asta? A încercat și n-a putut?"
E: „Știți, Cristi e un copil cu probleme. Nu e ca ceilalți copii. Are mare nevoie de mine. Nu se descurcă singur."

T: „Cristi este cel care te face să gândești că trebuie să faci să fie totul bine? Pentru el încerci să faci lucrurile să meargă cât mai bine?"
E: „Da, e important pentru el să fie bine. Măcar atât."
T: **„Măcar atât?!"**
E: „Nu e vina lui că e așa." *(Sentimentul de vinovăție conduce adesea la asumarea unor reponsabilități nerealiste: persoana se autopedepsește pentru o faptă neclară sub raportul responsabilității.)*
T: „E vina cuiva că e așa?"
E: „Nu știu..."
T: „Te gândești că ar putea fi vina ta?"
E: „E greu de spus. Oricum trebuie să am grijă de el."
T: „Numai tu trebuie să ai grijă de el? E doar fiul tău?"
E: „Taică-său nu se ocupă. Nu am ce face."
T: „Ce-ai spune dacă chiar Cristi ar învăța să facă ceva pentru el?"
E: „Nu se poate."
T: „Cum ai hotărât asta?"
E: „Nu vreau să sufere mai tare."
T: „Înțeleg că ai hotărât și asta pentru el. Ai hotărât cât și cum trebuie să sufere." *(Atitudinea hiperprotectivă blochează inițiativa copilului care, prin neputința lui, justifică un întreg set de comportamente ale mamei: decât să se schimbe, Ema preferă să amplifice starea lui Cristi.)*
E: „??" *(mimică surprinsă, tăcere semnificativă)*
T: „Ce spune Cristi de toate astea? Cum se simte el?"
E: „Bine. Se simte ocrotit."
T: „E suficient pentru el?"
E: „Cred că e cel mai important."
T: *(către un membru al grupului)* „Eugen,vrei să încerci puțin să fii Cristi? Ai auzit ce crede mama ta. Ce simți în legătură cu asta?" *(Decentrarea provocată de jocul de rol facilitează accesul la o altă realitate decât cea în mod curent asumată.)*
Cristi: *(joc de rol asumat de Eugen)* „Am nevoie să fiu ocrotit dar vreau să fiu capabil să mă descurc și singur. Nu o să fiu toată viața cu mama lângă mine."
T: „Ai auzit ce spune Cristi. Ce crezi despre asta?"
E: „Da, dar nu înțelegeți că Cristi nu e așa un copil ca oricare altul. El nu se poate descurca fără mine."
T: „Ce s-ar întâmpla dacă într-o zi constați că se descurcă fără tine?"
E: „Nu se poate asta." *(Dependența dintre mamă și fiu funcționează în ambele sensuri, fiecare devenind pentru celălalt persecutor și victimă, modul de existență simbiotic al relației lor blocând evoluția ambilor.)*

T: „Pentru că tu ai stabilit asta? Încearcă să îți imaginezi că într-o zi Cristi nu mai are nevoie de tine pentru că se descurcă foarte bine singur. Cum ai putea să te simți în acea zi?"
E: „Aş vrea asta dar nu e posibil." *(Refuzul repetat al independenţei lui Cristi dovedeşte valoarea/semnificaţia deosebită a rezistenţei Emei: tăierea „cordonului ombilical" psihologic dintre mamă şi fiu provoacă dezorientare şi frică.)*
T: „În imaginaţie totul e posibil. Convinge-te că e posibil, că s-a întâmplat asta şi află ce simţi. Ce se schimbă în tine, în felul tău de a fi?"
E: „Ar fi minunat pentru el."
T: „Dar pentru tine? Cum te-ai simţi tu?"
E: „Nu ştiu... Ce importanţă mai are?"
T: „Să înţelegi că ceea ce contează este doar cum se simte Cristi."
E: „Da, eu oricum mi-am trăit viaţa. Ce mai pot să aştept?" *(Sacrificiul declarat pentru Cristi protejează de confruntarea cu sine, de recunoaşterea propriei existenţe independente, de asumarea reală a propriilor nevoi şi a responsabilităţii faţă de sine.)*
T: „Iată o întrebare bună: ce aştepţi tu, Ema, ce îţi doreşti pentru tine de la viaţă?"
E: „Nu ştiu... Acum nu ştiu."
T: „Ai putea să te gândeşti."
E: „Nu cred că acum..."
T: „Nu acum neapărat. Află ce îţi doreşti pentru tine, cum ai vrea tu să fie viaţa ta. Imaginează-ţi cum ar fi să fie totul după cum îţi doreşti tu. Gândeşte-te că fiul tău o să înveţe cu timpul să fie independent pentru că e importatnt pentru el şi tu vrei să-i fie bine, Alina o să-şi vadă de viaţa ei, soţul la fel. Rămâi tu. Descoperă cum e să fii numai tu cu tine, află ce îţi doreşti numai pentru tine."
E: „Nu ştiu...Nu m-am gîndit niciodată aşa, că aş putea să fac ce vreau, să am timp pentru mine..."
G *(o persoană din grup)*: „E important să ai timp numai pentru tine. Eu ies cu prietenele în fiecare săptămână, fără copil."
M *(altă participantă)*: „Eu îmi iau şi fetele, dar fac ce îmi place şi mie: ne plimbăm, mergem la film."

Tendinţa Emei de a-l folosi pe Cristi pentru a-şi atenua sentimentele de vinovăţie şi de a-i întreţine neputinţa pentru a-şi crea iluzia importanţei rolului ei în familie a reieşit şi cu prilejul exerciţiului „construirii structurii familiei". În realizarea **„sculpturii familiei"**, Ema a redat relaţia sa cu copiii astfel: s-a aşezat între cei doi copii ai ei, mai aproape de cel mai mic cu care are şi un contact corporal mult mai strâns, şi mai departe de fiica mai mare cu care are un contact corporal redus, concretizat într-o strângere de mână.

Metafora posturală a permis mamei să conştientizeze care este adevărata relaţie cu copiii ei. Copilul cel mic este hiperprotejat, este cel de care se ocupă cel mai mult, în timp ce fiica sa constituie un adevărat sprijin (mâna mamei se sprijină pe umărul fetei), un partener care ţine locul tatălui demisionar. Cei trei alcătuiesc practic un triunghi familial: mama, tatăl de substituţie (fiica cea mare) şi copilul care este „în braţele mamei". Intrând în rolul fiecăruia, al copilului mic şi al fiicei sale, Ema a conştientizat ce simte fiecare în cadrul acestei relaţii intrafamiliale, fapt care a determinat-o pe Ema ca în final să accepte în exerciţiul postural să renunţe la contactul foarte strâns cu Cristi în favoarea unuia care să-i ofere acestuia mai multă libertate de mişcare. Modificarea care a avut loc la nivelul scenariului corporal metaforic a fost tradusă în descoperirea unor modalităţi concrete care să-i confere lui C. mai multă independenţă. Ceilalţi părinţi din grup au propus variantele pe care ei înşişi le adoptă în relaţia cu copiii lor, dialogul lor cu Ema ajutând-o să accepte unele manifestări de autonomie ale lui Cristi cum ar fi să vină singur de la şcoală, să se joace singur afară cu supraveghere discretă, să încerce să-şi facă singur lecţiile înainte ca Ema să-i ofere ajutorul. Toate aceste schimbări au fost urmărite şi sprijinite atât în cadrul grupului de părinţi cât şi în procesul de consiliere individuală a Emei.

Procesul terapeutic desfăşurat în grupul familiilor s-a caracterizat prin flexibilitatea abordării atât a problemelor familiei ca sistem cât şi a dificultăţilor individuale ale membrilor familiei.

Caz 4. „Decontaminarea" de trecut, a relaţiei familiale prezente
Sanda - o soţie copil

Cazul analizat în continuare este relevant pentru maniera în care problematica personală, dezvoltată în relaţie cu alte persoane din afara sistemului familial actual, influenţează şi conflictualizează relaţiile din interiorul acestuia.

Intervenţia psihoterapeutică are în vedere descoperirea modului în care „afaceri neterminate" din alt context relaţional interferează cu relaţia actuală, retrăirea şi rezolvarea conflictelor din trecut şi „decontaminarea" relaţiei prezente prin conştientizarea trăirilor şi reacţiilor autentice care sunt rodul interacţiunilor din această relaţie.

Sanda face parte dintr-o familie în care soţul, respectiv tatăl fiicelor sale, este destul de mult plecat datorită serviciului pe care îl are. Dificultăţile specifice unei asemenea situaţii familiale, în special cele legate de exercitarea autorităţii în relaţia cu copiii, sunt amplificate de anumite reacţii ale Sandei „învăţate" în relaţia cu mama ei.

Sanda construiește, cu ajutorul celorlalți membri ai grupului care devin personaje din familie, „sculptura" propriei familii, așa cum o percepe în acest moment.

Redăm în continuare demersul terapeutic inițiat, pornind de la analiza sculpturii familiei.

Sanda se plasează între cele două fiice, ținându-le de mână. Tatăl este „uitat", nefiind inclus în sculptură (tatăl este marinar și lipsește destul de frecvent din familie).

Terapeutul: „Și tatăl?"

Sanda: *(uimită)* „Nu e. De fapt, nu prea e. E mai mult plecat. Și când este, este autoritar cu fetele." *(Prima trăsătură asociată prezenței paterne este autoritarismul, severitatea.)*

T: „Autoritar. Adică?"

S: „Fetele îl ascultă, îl știu de frică."

T: „Cum face să fie ascultat?"

S: „Ridică tonul."

T: „Cum e pentru tine când soțul tău ridică tonul la fete?"

S: „Îmi place asta."

T: „Îți place... Cum se face că îți place asta?"

S: „Îmi place că fetele îl ascultă. Că îl știu de frică. *(Mama se simte bine atunci când rolul autorității revine, în mod firesc, figurii paterne. Fantasma trecutului e prezentă: plăcerea asociată cu teamă ne trimite la relația cu propriul tată.)* Raluca se revoltă adesea din cauză că e prea autoritar și atunci se întâmplă să-și piardă răbdarea și să dea în ea. Și pe mine mă doare. Nu are dreptul să dea în fete!" *(Copilul privat de prezența tatălui nu interiorizează interdicțiile și regulile devenind un mic rebel.)*

T: „Nu are dreptul... Ce te face să crezi asta?"

S: „Pentru că fetele sunt de fapt ale mele. Eu le-am crescut. *(Autoritatea tatălui/soțului îi creează Sandei trăiri ambivalente atunci când depășește limitele de toleranță: mama-unicul centru de putere în familie pentru perioade lungi de timp-pendulează între starea de bine creată de degrevarea de responsabilitate, corelată cu rolul de autoritate și frustrarea generată de manifestarea unei autorități „mai autoritare"decât cea exercitată de ea în mod curent. Copiii se preschimbă în „posesiuni" care trebuie apărate. Nu este hazardat să presupunem că mama se simte amenințată sub raportul eficienței metodelor ei de disciplinare.)*

T: *(către o persoană din grup)* „Poți să fii soțul Sandei pentru un timp? *(invitație la joc de rol)* Sanda tocmai ți-a spus că n-ai dreptul să dai în fete pentru că sunt mai mult ale ei. Ce simți acum?"

Marius: „Nu e corect. Nu sunt de acord."

T: „Asta gândești. Dar ce simți?"

M: „Nu are dreptate. Eu le iubesc."

S: *(intervenind prompt)* „Dar eu îmi petrec cel mai mult timp cu ele."

M: „Asta pentru că eu muncesc, aduc bani și am mai puțin timp liber." *(disputa diviziunii rolurilor parentale)*

S: „Asta nu îți dă dreptul le lovești."

M: „Când mă întorc din călătorie descopăr că fetele sunt răsfățate, obraznice."

T: „Ce îți trece atunci prin minte, Marius?"

M: „Că mama e vinovată. Nu le bate, nu le ceartă, le face toate poftele. De-aia sunt răsfățate. Cu mine nu se poartă așa."

T: „Tu cum faci ca fetele să nu se poarte așa?"

M: „Sunt mai sever, mai autoritar."

T: „**Mai** sever, **mai** autoritar decât cine?"

M: „Decât Sanda."

T: „Deci, pentru tine Sanda este mai puțin autoritară."

M: „Da. Ar trebui să fie mai autoritară." *(Tatăl transferă mamei atribuții care țin de propriul rol - autoritatea, controlul - sporind neîncrederea și confuzia Sandei în rolul său hibrid de mamă-tată. În mod firesc bărbatul în cuplu, respectiv tatăl în familie, își asumă rolul autorității active care instituie limite, condiții și reguli. În absența acestui pattern relațional femeia, respectiv mama, se simte insecurizată, confuză și va deveni ineficientă în propriul rol, fie încercând să compenseze, mutilându-și astfel feminitatea, fie trăind o permanentă stare de anxietate tradusă cel mai adesea în cazul femeilor sub forma tulburărilor somatoforme de tipul „mă doare capul", „sunt obosită". Ele semnalează în mod simbolic disfuncționalități la nivelul relației de cuplu, respectiv cuplu parental, în ceea ce privește asumarea și exercitarea puterii sub toate aspectele ei: competență, capacitate de decizie, fermitate, consecvență.)*

T: „Ce părere ai, Sanda, despre cum te vede Marius?" *(provocarea confruntării directe scurtcircuitează monologul fantezist în doi în favoarea dialogului adesea plin de asperități și durere, dar autentic, real)*

S: „Nu are dreptate. Eu cred că fac bine ce fac."

T: „Spune-i soțului tău asta."

S: *(către M.)* „Eu cred că fac bine ce fac."

M: „Da, dar nu te impui suficient."

S: „Eu nu pot să am grijă toată ziua de fete, să mă și joc cu ele și să fiu și autoritară cu ele. Fac ce pot." *(Mama se simte suprasolicitată, împovărată și cu responsabilitățile tatălui.)*

T: „M., ai auzit ce simte soția ta. Ce părere ai?"

M: „Cineva trebuie să aducă bani în casă. Eu muncesc ca să ne creștem fetele."

(Marius se eschivează de la exercitarea rolului său în interiorul familiei. Intervenția terapeutică vizează într-o primă instanță redimensionarea rolului parental și conștientizarea responsabilităților pe care le are în interiorul familiei.)

S: „Știu asta."

T: „Spune-i lui Marius ce simți față de ceea ce face el!" *(Valorizarea partenerului reduce șansele prăbușirii discuției în slalomul reproșurilor reciproce, în care fiecare își apără cu strășnicie propria poziție, făcând imposibil dialogul.)*

S: „Îmi pare bine. Face foarte bine. N-am nimic de zis. Numai că ... mă gândesc câteodată că parcă ar fi numai fetele mele."

T: „Ai nevoie de ceva din partea tatălui ca să simți că nu sunt numai fetele tale?"

S: „Să fie mai bun cu ele, să nu le bată, chiar și atunci când le ceartă să fie mai îngăduitor." *(Sanda confundă atributele rolului patern care țin de impunerea unor limite, a unor condiții și reguli, cu alte cuvinte, de exercitarea autorității, cu atributele rolului matern care presupune acceptare necondiționată, căldură, sprijin emoțional. Este o confuzie tipică ce survine în familiile monoparentale alcătuite din mamă și copil sau în familiile complete în care figura paternă este slab reprezentată sau absentă sub raport psihologic.)*

T: „Ce înseamnă să fie mai îngăduitor?"

S: „Să nu țipe. *(izbucnește)* Nu suport ca o altă persoană să țipe! Nu mai suport!" *(demersul psihoterapeutic este „deturnat" de la problemele cuplului și ale familiei și se concentrează asupra dificultăților personale, individuale. Pendularea flexibilă de la analiza sistemului familial la analiza persoanei care face parte din acest sistem este firească în terapia de familie. Problemele cuplului și ale familiei nu au șanse reale de soluționare decât dacă fiecare membru al familiei devine conștient de propriile probleme și învață cel puțin să le țină sub control. Este imposibil de conceput o familie armonioasă dacă fiecare din reprezentanții ei aduce în scena interacțiunilor din familie reacții și comportamente distorsionate care adesea nu au nici o legătură cu partenerul de cuplu sau cu copiii, ci sunt modele atitudinale formate în relație cu alte persoane și aplicate automat, reflex, în noua situație.)*

T: „Nu mai suporți ca o altă persoană să țipe. Cine a țipat sau țipă în continuare la tine?"

S: „Mama. Mama era învățătoare și își vărsa nervii de la școală acasă. Țipa la noi. E o obișnuință din familie să se ridice tonul. Și eu ridic tonul ca să mă eliberez. Dar el țipă **direct** și se face liniște."

T: „Așa cum țipa mama ta?"

S: „Da, exact așa. *(Transferă în relația de cuplu reacțiile emoționale provocate de propria mamă. Este important să conștientizeze diferența de situație și statutul ei, nu înainte de a avea acces la trăirile reprimate provocate de acea situație.)*

T: „Ce simțeai tu când erai mică și mama țipa la tine?"

S: „Furie. Preferam să mă bată decât să țipe la mine. *(Furia este sentimentul firesc care apare ori de câte ori suveranitatea Eu-lui este încălcată de către o altă persoană.)*

T: „Preferai să te bată... Cum îți explici asta?"

S: „Nu suport nici când se țipă în alte familii. Pentru că se aude." *(Atentatul la imaginea de sine este cu atât mai traumatizant cu cât implică un public, fie el și circumstanțial. Copilului admonestat în public îi este lezată stima de sine cu efecte negative asupra formării eului. Este de presupus că în acest caz avem de-a face cu o persoană senzitivă social pentru care aprecierea și aprobarea socială contează într-o mare măsură.)*

T: „Se aude... Și dacă se aude, tu crezi că..."

S: „Că și ei mă aud pe mine."

T: „Și dacă ei te aud pe tine..."

S: „Gândesc despre mine că sunt nebună."

T: „Și dacă ei gândesc despre tine că ești nebună..."

S: „Nu e bine."

T: „Nu e bine... Cine spune că nu e bine?"

S: „Nu e bine, pur și simplu." *(Rezistență: refuză să găsească un răspuns personal și se refugiază în siguranța unei judecăți rigide.)*

T: „Tu ce gândeai despre mama ta când țipa la tine?"

S: *(zâmbește)* „Nu pot să spun... Că are probleme cu nervii." *(Fenomenul proiecției este omniprezent în interacțiunile umane: Sanda care gândește despre mama ei că are probleme cu nervii - o formulă elegantă pentru mult mai prozaicul „nebună"- atribuie vecinilor judecata ei, dezvinovățindu-se în acest fel. Apar posibile probleme legate de reprimarea agresivității și perceperea ei ca pe un indicator al anormalității, al slăbiciunii. În acest caz, abordarea terapeutică se va concentra asupra acceptării răspunsului agresiv ca un tip perfect normal de reacție la comportamentele de dominare și autoritarism.)*

T: „Asta gândea Sanda când era mică?"

S: „Nu cred că atunci... Mama țipă și acum la mine și eu cred că vecinii zic despre noi că suntem nebune."

T: „Asta te nemulțumește cel mai tare atunci când țipă mama la tine? Că o să zică vecinii că sunteți nebune?"

S: „Da... și **nu mai pot să fac eu ce vreau**. Devine autoritară și mă împiedică să fac ce vreau." *(Este de presupus o relație dificilă cu autoritatea, de aceea în terapia de cuplu se va urmări remodelarea atitudinii față de manifestările de autoritate ale soțului. De asemenea, este important ca Sanda să conștientizeze*

diferența dintre autoritate și autoritarism și cu atât mai necesară devine stimularea prezenței soțului în viața de familie.)
T: „Cum poate mama ta să te împiedice pe tine să faci ce îți dorești?"
S: „Pentru că eu țin la ea. Și îi iese. Cu frații mei nu-i merge. Dar eu țin la ea și atunci e autoritară. *(Șantajul afectiv reprezintă forma de manipulare de elecție în relațiile care presupun implicare afectivă: mama care contează pe dragostea fiicei se folosește de ea ca să își impună voința.)*
T: „Deci, tu ții la mama ta, ea știe asta și te face să acționezi după cum vrea ea. Adică devine autoritară."
S: „Exact. Dacă trebuie să fac ceva, îi cer voie mamei."
T: „De ce faci asta?"
S: „Nu pot să-i spun direct ce vreau."
T: „Ce te reține să-i spui direct?"
S: „Teama de refuz." *(Ascunde teama de respingere, teamă firească în cazul persoanelor traumatizate sub raportul imaginii de sine prin șantaj afectiv în copilărie. În spatele ei descoperim un părinte dominator dar imatur emoțional, care nu poate risca pierderea autorității conferite de rolul de părinte și care se folosește de sentimentele copilului pentru el ca de un capital pe care îl poate retrage după propria voință. Dispune de sentimentele copilului după bunul său plac și amenință cu retragerea afecțiunii, cu respingerea afectivă, ori de câte ori copilul încearcă să acționeze independent. În cazul copilului, ca și în cazul unor „adulți", respingerea afectivă echivalează cu rănirea stimei de sine, mergând de la frustrare până la sentimentul desființării, negării de sine, dacă persoana puternic investită emoțional se retrage. Dacă pentru copil este firească dependența de aprecierea afectivă a părintelui, acesta din urmă plămădind viitoarea personalitate a copilului, la adultul matur emoțional respingerea emoțională a partenerului, deși dureroasă, poate fi mai ușor suportată, personalitatea fiind deja definită și funcționând mecanismul autovalorizării și autoaprecierii construit pe baza interiorizării în timp a iubirii primite de la alte persoane.)*
T: „Cum te simți dacă mama te-ar refuza?"
S: „Oricum ar fi, trebuie să faci ca ea. E foarte autoritară." *(rezistență terapeutică)*
T: „Trebuie să faci ca ea... Cine spune că trebuie să faci ca ea?"
S: „Nu știu... pur și simplu așa se întâmplă." *(Fenomenul atribuirii puterii împrejurărilor impersonale, neutre și indiferente - „se"- sau altei persoane care încetul cu încetul devine „călău" care își găsește victima în persoana care l-a investit cu mai multă putere decât era firesc. Paradoxal este faptul că, treptat, victima devine la rândul ei călău și, prin învinovățire subtilă și agresiune ascunsă, otrăvește existența celui care a cedat tentației de a primi și folosi prea multă putere.)*

T: „Așa se întâmplă... Gândește-te la o situație în care s-a întâmplat așa." *(Intervenția vizează conștientizarea propriei responsabilități în producerea întâmplărilor.)*
S: „De sărbători... Eu și soțul meu a trebuit să plecăm la Constanța la niște prieteni, iar mama urma să stea cu fetele."
T: „Ce s-a întâmplat?"
S: „Mi-a fost rușine să-i spun mamei să stea cu fetele pentru că știam că vrea să stau cu ea de sărbători. Dar soțul dorea să mergem la prietenii noștri. Nu aveam curajul să-i spun soțului că nu pot să-i cer mamei să stea cu fetele."
T: „Nu aveai curajul. Ce s-ar fi întâmplat dacă i-ai fi spus?"
S: „Mi-ar fi spus că nu trebuie să țin cont de ce vrea mama, că nu trebuie să-i explic de ce plecăm la Constanța, că noi suntem o familie și am dreptul să fac ce vreau."
T: „Ce gândești despre aceste lucruri pe care ți le spune soțul tău?"
S: „Are dreptate. Dar nu pot să-i cer mamei pur și simplu să stea cu fetele." *(Rațional acceptă rolul de soție independentă de mama ei dar, emoțional, există dependență afectivă de aprecierea maternă - indicator de imaturitate emoțională.)*
T: „Ce te împiedică?"
S: „Nu pot să-i spun direct."
T: „Imaginează-ți că tocmai i-ai spus direct. Ce se întâmplă?"
S: „M-ar refuza."
T: „Bine. Mama tocmai te-a refuzat. Ce simți acum, când mama tocmai te-a refuzat?"
S: „Că am rănit-o. Că am jignit-o. Că nu trebuia să-i cer asta." *(Posibilă introiecție: de fapt, Sanda se simte rănită de refuzul mamei dar maschează furia provocată de durere prin mecanismul substituției.)*
T: „Ce crezi că gândește mama despre tine?"
S: „Că nu sunt o fiică bună."
T: „Nu ești o fiică bună pentru că..."
S: „I-am cerut așa ceva direct."
T: „Pentru că i-ai cerut direct."
S: „Da."
T: „Ce înseamnă pentru tine să ceri direct?"
S: „Nu știu... Să fiu nepoliticoasă. Să rănesc."
T: „Poți să ne spui cum reușești să rănești o altă persoană cerându-i direct ceva?"
S: „Poate că nu poate să dea ce îi cer."
T: „Și dacă nu poate să dea ce-i ceri tu îți imaginezi că..."
S: „Că se simte rănită."

T: „Ce anume o face să se simtă rănită ?"
S: „Faptul că nu poate să dea ce-i cer."
T: „Sanda, ţi s-a întâmplat ca tu să nu poţi să dai ceva ce ţi s-a cerut în mod direct?"
S: „Da."
T: „Cum te-ai simţit ?"
S: „Rănită, umilită..."
T: „Umilită... Mai exact, ce te-a făcut să te simţi umilită?"
S: „Faptul că nu am putut să dau ce mi s-a cerut."
T: „Nu ai putut. Cum este pentru tine o persoană care **nu poate**?"
S: „Slabă, neputincioasă."
T: „Deci tu, Sanda, când nu poţi să dai ce ţi se cere te simţi umilită, slabă, neputincioasă."
S: „Da."
T: „Ce faci atunci când te simţi aşa?"
S *(strânge pumnii)*
T: „Amplifică gestul cu pumnii şi află ce simţi! Strânge pumnii cât mai tare! Ce simţi?"
S: „Furie."
T: „Furie, furie contra cui?"
S: „Faţă de persoana care mi-a cerut ceva."
T: „Ce îţi vine să-i spui?"
S: „M-ai umilit!"
T: „M-ai umilit şi eu aş vrea ca tu..."
S: „Să nu te mai văd, să pleci!"
T: „Să nu te mai văd, să pleci pentru că tu mă faci să mă simt..."
S: „Mă faci să mă simt umilită."
T: „Şi atunci când mă simt umilită..."
S: „Sufăr."
T: „Şi dacă sufăr, vreau ca tu..."
S: „Să pleci, să nu te mai văd niciodată!"
T: „Să pleci, să nu te mai văd niciodată pentru că mă faci să sufăr. Înţeleg că respingi persoană respectivă ca să nu mai suferi ."
S: „Da."
T: „Deci, Sanda, dacă cineva îţi cere ceva direct şi tu nu poţi să-i dai, te simţi umilită, suferi şi respingi persoana care ţi-a cerut ceva."
S: „Da."
T: „E posibil ca şi mama ta să reacţioneze la fel când tu îi ceri ceva?"
S: „Da."
T: „Ce s-ar întâmpla atunci?"
S: „Aş pierde-o."

T: „Şi dacă ai pierde-o te-ai simţi..."
S: „Vinovată."
T: „Vinovată pentru că..."
S: „Pentru că am respins-o."
T: „Dar, dimpotrivă, mama te-a respins pe tine."
S: „Dar eu am făcut-o să mă respingă."
T: „Tu ai făcut-o. Deci tu ai **puterea** asupra mamei. Eşti **puternică**."
S: „Nu ştiu..."
T: „Păi dacă ai putut determina o altă persoană să te respingă, înseamnă că eşti foarte **puternică**. Gândeşte-te câte lucruri mult mai simple ne dorim să facă ceilalţi şi nu reuşim. Iar tu ai făcut-o pe mama ta să te respingă! *(intervenţie paradoxală)*. De fapt, nu mama prin voinţa ei te-a respins ci tu te-ai respins!"
S: „???" *(mimică intrigată)*
T: „Mă gândesc că poţi determina o persoană să te iubească, pe o alta să te respingă. Ai foarte multă **putere**! *(Adesea complexul de inferioritate, umilinţa sunt avanscena unui complex de superioritate cu străşnicie tăinuit dar care imprimă inconştient tot felul de fantasme de omnipotenţă: „Trebuie să controlez totul, să fac totul cât mai bine, cât mai deosebit, să nu greşesc, să nu pierd niciodată".)*
S: „?" *(din ce în ce mai uimită)*
T: „Ai **puterea** să-i faci pe ceilalţi să te iubească, să te respingă. Practic înseamnă că tu eşti responsabilă de trăirile pe care le încearcă ceilalţi în legătură cu tine."
S: „Nu-i adevărat."
T: „Cum nu, de vreme ce te simţi vinovată? Nu te poţi simţi vinovată decât pentru ceea ce ai determinat tu."
S: „?... N-am vrut să o rănesc."
T: „Asta înseamnă că nu ai de ce să te simţi vinovată, nu?"
S: „Eu n-am vrut decât să o rog să mă ajute."
T: „Dar mama s-a simţit rănită."
S: „Da, dar nu eu am vrut asta."
T: „Adică nu tu ai făcut asta."
S: „Nu. Mama s-a simţit rănită pentru că a crezut că vreau să o umilesc. Dar eu nu am vrut asta."
T: „Atunci înseamnă că **imaginaţia** ei este cea care a declanşat sentimentele ei, nu tu."
S: „Cred că da."
T: „La fel şi în cazul tău: atunci când o persoană îţi cere ceva, îţi imaginezi că te umileşte şi o respingi ca să te protejezi."
S: „Da. Asta înseamnă că eu îmi provoc suferinţa." ***(insight)***

T: „Ce-ai putea să faci ca să nu îți provoci suferința?"
S: „Să nu mă gândesc că cealaltă persoană vrea să mă umilească."
T: „Oare ce ar putea să vrea cealaltă persoană?"
S: „Ceva ce ea crede că am eu."
T: „Ea **crede**, deci nu e sigură."
S: „Da."
T: „Cum ai putea să-i răspunzi?"
S: „Să-i spun că nu am."
T: „Imaginează-ți că o persoană ți-a cerut ceva ce tu nu poți să dai pentru că nu ai acel lucru sau nu stă în puterea ta să oferi ceea ce ți-a cerut. Tocmai i-ai spus că nu poți să-i dai ceea ce-ți cere. Cum te simți acum?"
S: „Asta e! Dacă nu pot, nu pot!"
T: „Nu poți. Asta e! Ce simți ?"
S: „Nu cred că pot totul."
T: „Nu poți totul..."
S: „Așa că asta e!"
T: „Adică?"
S: „Îi spun că nu pot și gata."
T: „Te simți umilită?"
S: „Nu. Nu trebuie să pot totul."
(Intervenție paradoxală pe problema responsabilității aparent neasumate dar, de fapt, greșit supraasumate. Ideea este că nu suntem nici responsabili, nici vinovați pentru trăirile altei persoane: o persoană matură emoțional își asumă trăirile proprii nu trăirile altei persoane. Simbioza emoțională specifică relației afective cu mama din primul an de viață, în cadrul căreia domină procesul de contagiune afectivă și dizolvare a identității, este căutată și recreată de mulți adulți în special în relațiile erotice dar conduce cel mai adesea la dezamăgiri dată fiind coliziunea acestui tip de comuniune cu solicitările și nevoile vieții adulte. Fantasma identificării și contopirii psihologice cu partenerul de relație exercită o fascinație la fel de intensă ca „paradisul pierdut" dar întreține iluzii care confruntate cu realitatea creează decepții adesea greu, dacă nu imposibil de depășit. Una dintre ele se referă la confuzia „proprietății" sentimentelor: o trăire care aparține uneia dintre persoane este neasumată și proiectată asupra celeilalte, lanțul confuziilor sporind o dată cu apropierea emoțională.)

IV.3. Lucrul cu grupul copiilor din perspectiva contextului familial

Întâlnirile de grup adresate copiilor au avut în vedere, pe lângă realizarea psihodiagnozei inițiale, crearea unui context securizant pentru exprimarea nevoilor și frustrărilor generate de climatul familial, antrenarea expresivității și creativității, a autoafirmării și cooperării, a capacităților empatice și optimizarea comunicării în relația cu părinții.

Pretextele provocative propuse s-au situat în sfera tehnicilor psihodramatice și a scenariului metaforic, susținute de procedee specifice artterapiei cum sunt modelajul, desenul și dansul. Aceste modalități de intervenție au avantajul că acționează nemijlocit asupra sferei emoționale, reprezintă codul de comunicare cel mai adecvat pentru copii, datorită dificultăților acestora legate de verbalizarea conflictelor emoționale trăite și oferă protecție afectivă prin interpunerea unui suport obiectual securizant între emoții și efectele acestora asupra imaginii de sine (în special posibilele sentimente de culpabilitate față de părinți). Construirea unor astfel de situații creează un mediu excelent atât pentru proiecția conflictelor și afectelor inconștiente cât și pentru reconstrucția emoțională întrucât dispune de două calități complementare: securizare și provocare.

Problematica cea mai frecventă care s-a dezvăluit în timpul lucrului în acest grup a fost cea a copiilor crescuți în familii monoparentale.

IV.3.1. Psihodrama – context terapeutic de developare a problematicii copilului monoparental

Tehnica psihodramatică explorată în context experiențialist permite accesul rapid și netrucat la părți ale eului copilului care este implicat într-un astfel de experiment. Jucându-se pe sine, copilul dezvăluie comportamente și atitudini asimilate și interiorizate în mediul familial de proveniență, punându-și în scenă, spontan, părinții lăuntrici. Apelul copilului în plină creștere la atitudinile și valorile parentale este firesc și are efecte structurante pentru devenirea personalității lui. Această permanentă raportare a acțiunilor copilului la părinți nu înseamnă întotdeauna inițierea unei interacțiuni directe, nemijlocite, între părinte și copil ci, mai ales, întoarcerea copilului spre sine în vederea interogării mamei sau tatălui „re-creați" în sufletul lui. Astfel părinții, împreună cu tot ceea ce reprezintă, devin resurse personale, interioare, ale copilului,

repere importante care ghidează subtil, dinlăuntru, adesea inconştient, judecata şi acţiunea lui.

Pe parcursul unei psihodrame care vizează modelarea şi remodelarea unui context familial, copilul adoptă, la nivelul interacţiunilor cu partenerii de joc, patternurile de relaţie din propria familie, situaţia psihodramatică, developând „jocurile" dintre membrii familiei, constituindu-se într-un soi de psihodiagnostic dinamic sui-generis.

Modalităţile de utilizare a tehnicilor psihodramatice în grupul copiilor au fost construirea liberă a unui scenariu familial, refacerea şi jucarea unei situaţii reale din propria familie - fie o situaţie dilematică, fie una care l-a impresionat foarte mult pe copil.

Construirea liberă a unui scenariu familial

Psihodrama despre care vom discuta în continuare a avut ca scop punerea în scenă a vieţii dintr-o familie în care actorii sunt copii din grupul psihoterapeutic. Acest context dramatic a dezvăluit problematica relaţiei copilului monoparental cu autoritatea şi cu resursele masculine ale propriei personalităţi.

Obiectivele pe care le-am urmărit prin crearea acestei situaţii psihodramatice au vizat proiectarea identificărilor, a conflictelor şi dorinţelor legate de viaţa de familie.

Tehnica metapoziţiilor, jocul de rol şi scenariul metaforic au permis mobilizarea alternativă a tuturor membrilor grupului şi reconstrucţia permanentă a sistemului familial creat în vederea corectării unor atitudini şi comportamente.

După constituirea structurii familiale (tipul de familie extinsă alcătuită din mamă, tată, fată, băiat, bunic, bunică) actorilor li s-a sugerat că se pot folosi de obiectele din cameră pentru a-şi juca rolul cât mai sugestiv. Momentul alegerii obiectului reprezentativ pentru rol a declanşat o dispută acerbă în jurul **jobenului** asupra căruia s-au repezit cei trei „bărbaţi" ai familiei: tatăl, bunicul şi fiul. Fiecare dintre personajele sus-menţionate este în viaţa reală un băiat care trăieşte fie în familii monoparentale (bunicul şi băiatul), fie în familie completă, cu tată psihologic absent, ineficient. În mod spontan şi rapid fiecare din ei s-a identificat cu un rol masculin în familia jucată pe scenă, rol pe care l-a păstrat până în finalul psihodramei şi pe care l-a jucat cu pasiune. Interesant este că jobenul este remarcat şi disputat asiduu, pe tot parcursul psihodramei, de lumea masculină în timp ce jumătatea feminină a familiei este interesată de cu totul alt tip de obiecte şi complet dezintersată de intrigile din jurul jobenului. Această observaţie ne-a făcut să ne gândim că jobenul este perceput ca un simbol încărcat cu semnificaţii ale universului psihologic masculin.

În „Dicţionarul de simboluri", pălăria, respectiv jobenul, sunt purtătoarele a trei categorii de semnificaţii simbolice:

- „rolul pălăriei corespunde celui al coroanei, semn de putere, de suveranitate - capul acoperit este semn al prerogativelor şi superiorităţii";
- „simbol de identificare";
- „a purta o pălărie înseamnă a-ţi asuma o răspundere chiar pentru o faptă pe care nu ai comis-o.".

Activarea unei structuri imaginar-simbolice (ex: pălăria) în cadrul psihodramei este un fapt curent datorită mobilizării resurselor inconştientului participanţilor. Cazul de faţă ne pune în faţa problematicii Eului masculin ţesută în jurul a două valori tradiţional masculine: puterea şi responsabilitatea. Cei trei băieţi dau naştere în universul securizant al imaginarului psihodramatic conflictelor legate de propria identitate psihosexuală, dificultăţilor de identificare cu un model de sex-rol, dar şi comportamentelor bărbaţilor reali din viaţa lor.

Pentru concretizarea ipotezei noastre am aflat ce reprezintă jobenul pentru fiecare dintre cei trei băieţi.

Tatăl: „Îmi foloseşte la muncă."
Terapeut: „Ce munceşti?"
Tatăl: „Sunt circar. Îi fac pe alţii să râdă."
Terapeut: „Să râdă... De ce să râdă?
Tatăl: „De mine, nu...?"
Terapeutul: „Cum e pentru tine când alţii râd de tine?
Tatăl: „Cum să fie... E bine."

Pentru „tată" jobenul este asociat cu responsabilitatea, munca fiind activitatea adultului responsabil pentru viaţa sa şi a altor persoane. Transpare în dramatizarea „tatălui" concepţia patriarhală conform căreia bărbatul prin munca sa „ţine" familia şi este responsabil pentru bunăstarea ei. Munca de circar sugerează o combinaţie de joc şi muncă dar şi o posibilă devalorizare a activităţii tatălui. Din anamneză rezultă că tatăl Alinei, deşi munceşte foarte mult şi nu are timp pentru Alina, este permanent criticat de soţie - personalitate dominatoare şi hiperactivă. În reprezentarea dramatică a Alinei se remarcă amestecul de responsabilitate şi neseriozitate, magistral condensate în simbolul jobenului ca instrument al muncii. Pe parcursul psihodramei, Alina îşi doreşte foarte mult rolul de tată, dar se comportă nesigur şi instabil în acest rol.

Fiul: „Eu sunt magician şi-mi trebuie jobenul ca să fac magii. Să scot iepuri şi păsărele din joben. Să-i păcălesc pe copii."
Terapeut: „Îţi place să păcăleşti?"
Fiul: „Oho... Sigur."
Terapeut: „Şi reuşeşti?"

Fiul: „Da. Întotdeauna."
Terapeut: „Pe cine ai păcălit ultima dată?"
Fiul: „Nu spun..."

Pentru fiu, jobenul este investit cu virtuţi magice, puterea lui fiind una subtilă ce ţine de dibăcia şi isteţimea celui care, prin iluzie, îi trage pe sfoară pe alţii. Pentru fiu realitatea pare a fi „Cine are jobenul poate să-i ducă pe ceilalţi cum vrea el", puterea jobenului fiind cea a manipulării şi seducţiei inteligente. Este exact strategia lui Iustin care face literalmente slalom printre restricţiile mamei şi bunicii pentru a obţine tot ce vrea. În absenţa tatălui, pentru Iustin conştiinţa limitelor a fost înlocuită cu nelimitarea manipulărilor şi a şantajului afectiv.

Bunicul: „Eu sunt cel mai mare, cel mai în vârstă. Eu trebuie să am jobenul."

Jobenul reprezintă pentru bunic un însemn al demnităţii şi autorităţii conferite de vârstă.

Cum acţionează cei trei băieţi pentru rezolvarea disputei şi care va fi soarta jobenului pe parcursul desfăşurării psihodramei?

Jobenul rămâne la tată pentru că „el e tatăl". Bunicul se mulţumeşte cu toiagul, iar fiul cu băţul-baghetă. Toiagul şi băţul sunt grupate sub aceeaşi cupolă de semnificaţii simbolice care dezvăluie psihologia puterii, a controlului şi dominării - valori asociate în mod tradiţional autorităţii paterne. Ambii copii intră în contact compensator cu resursele masculine inconştiente ale psihismului lor, cu rol structurant pentru identitatea de sex-rol. Absenţa fizică a tatălui stimulează activarea polului masculin al propriei personalităţi, cu atât mai mult cu cât băieţii se află la începutul drumului conturării propriei identităţi psihosexuale.

În timp ce T. se integrează în scenariul psihodramatic jucând rolul de bunic sprijinit de toiag, Iustin–fiul nu renunţă la revendicarea jobenului solicitându-l cu insistenţă şi încercând prin toate mijloacele să-l convingă pe „tată" să i-l cedeze. Valenţele psihodiagnostice ale tehnicii psihodramatice sunt încă o dată reliefate: în timp ce în viaţa lui T. există bunicul care substituie rolul figurii paterne, Iustin trăieşte într-un univers eminamente feminin împreună cu mama şi bunica, el fiind unicul „bărbat al casei" (mama). Putem presupune că din punct de vedere analitic, Iustin manifestă o constelare activă a complexului lui Oedip, pretinzând exclusivitatea poziţiei de autoritate în familie. Mama lui Iustin se plânge de faptul că Iustin „face doar ce vrea el şi nu ascultă de nimeni", fiind evidentă lipsa interiorizării limitelor şi a relaţiei cu autoritatea. Din punct de vedere psihologic, existenţa unei figuri masculine **substitutive** pentru tatăl psihologic sau fizic absent are efecte benefice în planul structurării identităţii băiatului comparativ cu situaţia în care acesta trăieşte în familia monoparentală alcătuită doar din persoane de sex feminin.

Posibilele dezvoltări deviante în acest din urmă caz sunt copilul şi adolescentul rebel, şi chiar delincvent, care nu reuşeşte să accepte limitările impuse de interacţiunile sociale, eşuând în planul integrării socioprofesionale. De asemenea, inconsistenţa şi neclaritatea identităţii psihosexuale pot crea dificultăţi în planul relaţiilor heterosexuale, orientarea homosexuală nefiind exclusă.

În cele din urmă, Iustin obţine jobenul, tatăl Andrei explicând gestul său bunicului T. revoltat de cedarea lui „Nu vreau să i-l dau dar ce să fac dacă nu scap de el?". În acest moment al psihodramei, Andrei pune în scenă **două strategii din propria familie**. Prima: tatăl suprasolicitat de mama excesiv de ambiţioasă şi dominatoare, s-a deprins cu soluţia umilitoare (vezi opţiunea pentru munca de circar a lui Andrei), dar comodă, a cedării în faţa pretenţiilor soţiei. Aşa cum propriul tată demisionează din rolul conjugal şi parental, tot aşa Andrei iese din rol, cedând jobenul - însemnul recunoscut al puterii, fiului. Lipsa de asumare şi conştientizare a responsabilităţii asociate cu puterea sunt coordonatele pe care Andrei le ia în calcul în formarea propriei identităţi. Este posibil ca în viaţa de adult, Andrei să repete modelul patern devenind el însuşi un soţ şi un tată ineficient, cu disponibilităţi limitate de asumare a responsabilităţii acestor roluri.

A doua situaţie reprodusă de Andrei în psihodrama experimentală este modul de rezolvare a propriilor solicitări în cadrul familiei: părinţii excesiv de ocupaţi cu serviciul îi îndeplinesc copilului orice cerere materială cu condiţia „să scape de el", să nu fie deranjaţi. Psihodiagnoza proiectivă a relevat nevoia de afecţiune şi comunicare a lui Andrei, neglijat de părinţii lui veşnic fără timp şi disponibilitate pentru stabilirea unei relaţii autentice cu copilul. Consecinţele acestui stil parental sunt, pentru Andrei, diminuarea asertivităţii, slabe capacităţi de relaţionare şi integrare cu ceilalţi copii, reduse disponibilităţi de autoexprimare în ciuda acutei nevoi de afiliere şi comunicare. Andrei este un elev perfecţionist, cum sunt şi părinţii lui, dar însingurat şi trist.

Bunicul T. restabileşte ordinea în familie punând jobenul pe capul tatălui şi simulând pedepsirea fizică a copilului.

Scenariul psihodramatic permite conturarea profilelor fiilor crescuţi în absenţa unui model masculin eficient datorită absenţei fizice sau psihologice a tatălui.

Iustin, educat de bunică şi mamă, aflate în dese dispute legate de exercitarea autorităţii şi formularea exigenţelor referitoare la comportamentul copilului, adoptă o conduită accentuat nonconformistă, manipulativă, ocolind prin revoltă deschisă sau prin isteţime restricţiile şi standardele inconstant impuse de adulţi. Iustin este reprezentativ pentru copilul monoparental care în absenţa unei autorităţi constant şi coerent exercitate trăieşte o stare de confuzie, dezorientare, în legătură cu limitele între care poate să se mişte, cu ceea ce este

sau nu permis, şi, în final, cu ceea ce este el însuşi. Regulile nu au doar rolul de a constrânge şi pedepsi prin aplicarea lor ci şi pe acela de a defini şi structura, de a propune un model coerent de conduită. În absenţa acestuia, copilul (Iustin) trăieşte o stare de intensă incertitudine care duce la acumularea frustrării şi anxietăţii manifestate într-un comportament exploziv, agresiv, antisocial. Iustin nu este rebel pur şi simplu, ci exprimă uriaşa nevoie de autoritate şi limitare adresată lumii adulte. Revolta lui este un mesaj pentru inconsistenţa stilului educativ care i se propune.

Deşi tatăl lui Tudor a plecat când el era foarte mic, bunicul acţionează în familie ca un substitut al tatălui, oferind copilului acea securitate şi îndrumare de care are nevoie. Bunicul este suprainvestit atât de Tudor cât şi de mama sa devenind personajul central al familiei, o autoritate infailibilă la care se raportează membrii familiei. Bunicul este bărbatul casei, după cum îl defineşte M., un fel de axă a căminului, inconştient substituind fie tatăl pentru T., fie soţul plecat pentru M. Tudor percepe aura deosebită conferită bunicului ca pe un dat incontestabil faţă de care nu poate decât să se supună cu respect devenind astfel un copil supraadaptat care, spre deosebire de ceilalţi copii explică comportamentele colegilor, oferă pilde morale şi acţionează ca un personaj matur, responsabil, care rezolvă conflictele grupului. Identificarea cu bunicul umple golul de autoritate lăsat de tată, dar predispune la un proces de maturizare precoce pe seama resurselor creative ale personalităţii.

Intervenţia psihoterapeutică realizată în acest context psihodramatic a vizat trei direcţii:
- conştientizarea tipului de strategie folosit pentru a rezolva diferite situaţii familiale;
- explorarea unor atitudini şi comportamente alternative celor învăţate în mediul familial de provenienţă;
- performarea unor noi comportamente mai adaptate şi sanogene.

Modalitatea concretă în care am realizat aceste obiective a fost tehnica alter-ego-ului, a oglinzii (dublului) şi a scaunului gol, toate în context psihodramatic. Implicarea spectatorilor care, rând pe rând, au devenit ei înşişi actori a reprezentat o resursă importantă a procesului de analiză terapeutică.

Redăm în continuare un fragment din remodelarea (reinventarea) unui mod de relaţionare mai adaptată în cazurile lui Andrei şi Iustin.

Obiectivele intervenţiei psihoterapeutice în cazul lui Andrei au avut în vedere stimularea unei atitudini asertive, ofensive, antrenarea capacităţii de asumare a responsabilităţii şi de a lua decizii, iar în cazul lui Iustin, exersarea deprinderii de a se supune autorităţii şi a capacităţii de a se comporta adaptat în interiorul unor restricţii exterioare.

Intervenţia psihoterapeutică a avut loc în mai multe etape:

1. Exprimarea feedback-ului spectatorilor: „Cum s-au comportat personajele?"

Aproape toţi spectatorii au remarcat incapacitatea tatălui de a face faţă pretenţiilor copilului, fuga din situaţie şi insistenţele copilului de a i se da ceea ce doreşte.

2. Solicitarea unor alternative: „Ce ar fi putut să facă tatăl/fiul? Cum altfel ar fi putut să se comporte?"

Alternativele oferite de spectatori pentru comportamentul tatălui au fost: „trebuia să-l bată", „să îl pedepsească", „să ţipe la el", „să-i spună o dată şi bine că jobenul nu e pentru copii". Este evidentă experienţa cvasicomună pe care o deţin copiii în legătură cu mijloacele de disciplinare folosite de părinţi, doar două fetiţe reuşind să îşi impună autoritatea fără a recurge la violenţă fizică sau verbală. Această constatare vorbeşte de la sine despre criza de autoritate reală a părinţilor în faţa copiilor şi despre nevoia unui proiect de tip: „Şcoala părinţilor", cu atât mai mult cu cât părinţii înşişi îşi mărturisesc nesiguranţa şi neliniştea în legătură cu educarea copiilor. Se pare că se manifestă o criză a mijloacelor şi a limitelor acceptate de disciplinare a copiilor - posibil simptom al crizei prin care trece familia ca instituţie.

3. Montarea psihodramatică a „soluţiilor" spectatorilor.

Am ales pentru montare varianta care implica o atitudine fermă, dar lipsită de violenţă. Alter-ego-ul lui Andrei a adoptat noul comportament reluat şi exersat apoi de Andrei.

4. Analiză „Ce s-a întâmplat acum?"

Modificarea cea mai importantă în noua situaţie psihodramatică a fost adoptarea unui comportament mult mai socializat şi adaptat din partea fiului-Iustin care renunţă la insistenţele pentru obţinerea jobenului, reuşind să se integreze în scenariul psihodramatic, devenind din copilul-problemă personajul cel mai creativ al familiei. Comportamentul rebel al lui Iustin ascunde de fapt o uriaşă nevoie de autoritate exercitată constant şi ferm, care nu a existat în familia lui. În situaţia impunerii unor limite securizante comportamentul lui distructiv se transformă în resursa creativă a întregului grup. Stilul parental a fost în consecinţă orientat spre precizarea unor limite şi distribuirea unor responsabilităţi.

Andrei a descoperit că poate să fie ferm şi chiar agresiv, reuşind să se simtă bine în rolul tatălui. Lucrul cu vocea şi corpul a fost util în acest sens.

O altă montare psihodramatică a vizat activarea polului feminin al familiei, în special a rolului mamei. Spectatorii au remarcat pasivitatea persoanei care interpreta rolul mamei şi au propus o alternativă mai implicată, mai dinamică a acesteia.

Demersul intervenţiei psihodramatice a urmat aceleaşi etape ca şi în primul caz, implicarea mamei în situaţia familială asigurînd suportul emoţional al intervenţiei tatălui care este astfel mai bine acceptată de copil.

Transpunerea dramatică a unei situaţii din propria familie

Obiectivele unui astfel de experiment psihodramatic vizează aducerea la suprafaţă a unor conflicte din familia de apartenenţă, exprimarea într-un mediu securizant a trăirilor asociate situaţiei familiale respective, conştientizarea beneficiilor şi dezavantajelor unei anumite atitudini, identificarea unor alternative atitudinal-comportamentale şi remodelarea situaţiei: copiii reuşesc să înţeleagă mai bine comportamentul părinţilor, învaţă noi moduri de răspuns la anumite solicitări. În general, copilul se simte dependent de părinţi şi ca atare trăieşte o stare de neputinţă şi frică ori de cîte ori părintele refuză, interzice sau pedepseşte.

Toate aceste comportamente sunt percepute de către copil ca incontrolabile, iraţionale, de neînţeles, fundamental nedrepte. Prin interpretarea rolului părintelui în situaţii psihodramatice acesta devine accesibil şi nu mai este perceput ca o instanţă atotputernică şi arbitrară care împarte binele şi răul, modul de reacţie al părintelui devenind **inteligibil** chiar şi pentru copil. Tudor retrăieşte prin jocul psihodramatic o situaţie conflictuală care, apreciată chiar şi numai după dorinţa acută de a o readuce în atenţie, dovedeşte că a contat foarte mult pentru el. Cu ajutorul colegilor, Tudor dă naştere disputei dintre el şi bunic în timpul unei partide de şah. Ceea ce l-a impresionat pe Tudor a fost atitudinea mamei în acea controversă, ceea ce l-a determinat, ca în calitate de regizor al scenei, să-i solicite pe actori să joace de 4-5 ori momentul intervenţiei mamei care îi dă necondiţionat dreptate fiului şi curmă protestele bunicului. Analiza scenei respective trece de la declararea plăcerii de a i se da dreptate la conştientizarea a ceea ce l-a impresionat cu adevărat pe Tudor: sprijinul total, ferm şi nesolicitat al mamei. Nu atât faptul că i-a dat dreptate îl impresionează pe Tudor (chiar îi pare rău că l-a contrazis pe bunic după cum precizează într-un moment ulterior), ci caracterul neşteptat şi necondiţionat al sprijinului mamei. Mama (M.) este extrem de exigentă cu fiul ei şi zgârcită în ceea ce priveşte disponibilitatea faţă de nevoile lui. De aceea pentru Tudor scena constituie o resursă importantă pentru că a înţeles că poate conta pe susţinerea mamei chiar fără să o ceară, o dovadă a faptului că este acceptat şi valorizat. În urma rejucării situaţiei, Tudor şi-a dat seama că, deşi nu arată prea des, mama îl aprobă şi îi respectă părerile şi chiar dacă nu îşi exprimă prea des sprijinul, el poate conta pe ea.

Efectul acestei montări psihodramatice a dus la sporirea încrederii în mamă şi la acceptarea unor comportamente care în mod obişnuit erau percepute ca respingere.

Oana pune în scenă o situaţie în care disputa dintre ea şi bunică în legătură cu vizionarea unui program TV este rezolvată de intervenţia mamei care dă iniţial dreptate bunicii dar, după ce O. se duce plângând în camera ei, îi dă dreptate Oanei. Analiza Oanei arată că satisfacţia ei provine din faptul că a reuşit să obţină ceea ce vrea (copilul care manipulează cu succes, profitând de inconsecvenţa stilului parental). Propunerea de a schimba rolul cu bunica pentru a experimenta ce trăieşte bunica în urma deciziei mamei, o face pe Oana să îşi dea seama că oricând se poate afla în situaţia bunicii şi că nu prea poate conta pe deciziile mamei, iar manipulările se pot întoarce împotriva ei.

IV.3.2. Dileme ale relaţiei copilului monoparental cu părinţii

Contextul care a permis conturarea specificului relaţiei stabilite între copilul monoparental şi părinţi a fost exerciţiul „Familia reală, familia visată" - o variantă mai complexă a testului familiei.

În prima parte a exerciţiului copiii modelează în plastilină familia lor actuală (reală) şi apoi prin intermediul personajelor modelate fiecare prezintă grupului membrii familiei lor, spunând două-trei cuvinte despre aceştia.

În a doua parte a exerciţiului copiii desenează cu ajutorul creioanelor colorate familia dorită, visată, urmând ca apoi pe baza imaginilor să creeze o poveste din care să reiasă care sunt membrii familiei ideale, ce fac ei, care sunt dorinţele lor, cum comunică unii cu alţii, etc.

În timpul modelării familiei s-a înfiripat spontan, între copii, următorul dialog:

G: „Tudor, tu de ce nu-l desenezi pe tatăl tău?" *(deşi G. are de curând tată vitreg, preocuparea faţă de figura paternă persistă, ceea ce sugerează o relaţie problematică cu tatăl actual.)*

Tudor: „Eu n-am tată. Sunt doar eu cu mama. Dar am cinci bunici." *(din interviul cu mama reiese suprainvestirea bunicului ca substitut pentru tatăl absent ceea ce sugerează o relaţie problematică cu tatăl actual.)*

G: „Nici eu n-am avut tată. Dar acum am." *(evocarea unei experienţe similare are rolul de suport afectiv care creşte intimitatea emoţională între membrii grupului.)*

Tu: *(neîncrezător)* „Tată vitreg!"

I: *(foarte convins)* „Decât aşa, mai bine fără tată!" *(iese la iveală opoziţia copilului crescut de mamă faţă de un nou tată.)*

După ce a terminat de lucrat, Tudor le arată celorlalţi copii familia modelată, repetând: „Eu n-am tată. Sunt doar eu şi mama. E bine!" *(Tu. conştientizează şi exprimă în cadrul grupului situaţia sa de copil monoparental ceea ce este un indicator al disponibilităţii de a lucra în grup datorită*

securității afective oferite de acesta. Încă din acest moment se poate observa coaliția puternică existentă între fiu și mamă, care se va transforma în rezistență în lucrul terapeutic.)

Dialogul care a avut loc în timpul lucrului dovedește că grupul de copii are o bună coeziune și omogenitate care îi conferă forță terapeutică. În cadrul acestui grup, copiii manifestă atât capacități ridicate de rezonanță emoțională și empatie cât și disponibilitatea de a primi sprijin afectiv. Exprimarea deschisă a problemelor familiale dovedește faptul că grupul este un mediu securizant, cald, în interiorul căruia copiii pot să își afirme liber nevoile și frustrările.

În timpul desenării familiei dorite, Tudor își înfățișează familia ideală identică cu cea reală, ca număr de membrii și relații, deși instructajul terapeutului a accentuat exact faptul că în acest desen fiecare copil va desena familia pe care și-o dorește, care poate să fie complet diferită de familia reală. La încurajările terapeutului de a reprezenta familia pe care și-o dorește cel mai mult chiar dacă ea nu este reală, Tudor răspunde tranșant: „Cea mai bună familie e familia ta. Nu trebuie să îți dorești altă familie."

Terapeutul: „Familia ta, desigur. Familia ta pe care ți-o dorești tu."

Tudor: „Asta e tot ce-mi doresc. Nu vreau altceva." *(continuă să coloreze nervos).* După un timp se oprește și desenează un câine și o pisică, arătând terapeutului noua familie. *(Tu. trăiește un blocaj emoțional din cauza fricii de a pierde dragostea mamei în momentul în care și-ar dori altă familie. Coloratul nervos este indiciul corporal al anxietății trăite. Tendința de a se închide într-o coaliție strânsă cu mama, excluzând atât potențialii intruși cât și propriile nevoi și dorințe, este evidentă. În cele din urmă Tu. adaugă familiei dorite doi membri noi: pisica și câinele - realizând astfel un compromis între intenția de a reprima și consemnul terapeutului.)*

Pe baza desenului familiei, fiecare copil și-a prezentat familia în cadrul grupului. Redăm în continuare fragmente relevante din dialogul care s-a desfășurat:

Tudor: *(prezentându-și familia)* „Aici sunt eu și mama."

Terapeutul: „Ce faci tu acolo cu mama?"

Tu: „Mama mă duce mereu în parc. Nu prea are bani, dar tot îmi cumpără ceva."

T: „Cine e cel mai fericit în familia aceasta?"

Tu: „Eu, pentru că mă dau tumba în nisip."

T: „E o familie fericită?"

Tu: „Da, e o familie fericită."

T: „Îi lipsește ceva?"

Tu: „Îi lipsește tatăl." *(exprimă explicit nevoia unui tată deși în desen nu-l reprezintă, iar înainte negase această nevoie.)*

T: „Îi lipsește tatăl..."

Tu: „Îmi doresc un tată. Vreau un tată bun."

T: „Un tată bun... Adică..."

Tu: „Un tată care să se poarte bine, să-i dea bani mamei, să nu se certe și să nu mai divorțeze. *(construiește mental figura paternă cu atributele asociate acesteia. Precizăm că Tu. a asistat la certurile frecvente dintre părinți înainte de divorțul acestora) (După o pauză)*: Dar dacă nu am, ce să fac? Rămân cu mama."

T: „Și cum e dacă rămâi cu mama?"

Tu: „E bine, cum să fie? E bine." *(manifestă rezistență)*

T: „Mai este cineva în grup ca Tudor?" *(încurajarea împărtășirii unor experiențe emoționale comune crește intimitatea dintre membrii grupului care stimulează depășirea rezistențelor și explorărilor ulterioare.)*

Iustin: „Eu! Pentru mine e rău!"

T: „Rău, adică..."

I: „Îmi lipsește tata."

T: „Dacă ai avea un tată cum ar fi?"

I: „M-aș bucura și mama și eu."

T: „Cum îți dorești să fie tatăl tău?"

I: „Să se poarte bine cu mine, să nu mă certe și să nu mă bată."

T: „Și acum, fără tată, cum te descurci?"

I: „Bine."

T: „Bine, adică..."

I: „Bine și atât." *(întoarce capul)*

Gina: „Și eu mă descurcam. Dar acum am un tată nou. Aș vrea să am un tată pe care să-l strig „tată"."

T: „Dar pe noul tată cum îl strigi?"

G: „Îl strig pe nume."

Tu: *(intervine nerăbdător)* „E tatăl ei vitreg! E al doilea tată!"

T: „Ce simți tu când îl strigi pe nume?"

G: „O lipsă. Nu prea sunt fericită. Mă ceartă..."

(G. nu-și acceptă noul tată ceea ce îi creează senzația de lipsă: deși tatăl este prezent fizic, el este în continuare absent emoțional.)

T: „Cum ți-ai dori să fie el ca să fii fericită?"

G: „Să fie alături de mine și să îmi ia ce îmi doresc." *(nevoia de suport emoțional din partea tatălui dovedește fragilitatea contactului cu noul tată.)*

T: „În familia ta cine este cel mai puțin fericit?"

G: „Eu, pentru că părinții trebuie să fie fericiți." *(G. se simte sacrificată în noua familie prin faptul că mama și-a ales un nou partener cu care este fericită. Ea îl percepe pe acesta ca pe un intrus care pune în pericol relația ei cu mama: dintr-o dată G. nu mai este centrul de interes al mamei și devine astfel ostilă față de noul tată.)*

Aplicat inițial în scop psihodiagnostic, testul familiei și-a dovedit valențele psihoterapeutice, polarizând dialogul în jurul dificultăților întâmpinate în relația cu tatăl trăite mai ales de copiii crescuți numai de mamă.

Copilul crescut numai de mamă trăiește o stare de ambivalență legată de figura paternă: pe de o parte, resimte lipsa tatălui și își dorește un tată pe care îl construiește imaginar, mental, iar pe de altă parte, evită exprimarea acestei nevoi și a frustrării provocate de neîmplinirea acesteia. Originea acestei ambivalențe rezidă în teama de a nu pierde acceptarea mamei care reprezintă unicul punct de sprijin după plecarea tatălui. Frica de a nu o pierde și pe mamă îl face pe copil să își nege nevoile firești și să se resemneze cu ceea ce are. Semnificative în acest sens sunt cuvintele lui Tu: „Cea mai bună familie e familia ta. Nu trebuie să îți dorești altceva", cuvinte care, dincolo de contaminarea lor cu opiniile mamei, sunt o încercare disperată de a se convinge pe sine de necesitatea acceptării unei situații frustrante.

Aceeași teamă îl determină pe copil să se atașeze puternic de mamă și să formeze cu aceasta o adevărată coaliție greu de zdruncinat care se constituie în rezistență terapeutică. Copilul se comportă ostil și neîncrezător față de toți potențialii înlocuitori ai tatălui, iar atunci când substituția are loc în fapt (cazul lui G.) raportul emoțional cu tatăl rămâne sărac și rece. Părintele vitreg trebuie să facă față ostilității și respingerii din partea copilului ceea ce îi creează dificultăți în adoptarea rolului de părinte. Mai ales băieții tind să devină foarte atașați de mamă („doar eu și mama", repetă Tudor) simțindu-se chiar responsabil pentru fericirea ei („mama să fie fericită" spune Iustin, „eu și mama suntem fericiți" afirmă Tu.).

În același timp copiii crescuți doar de mamă tind să își pună mult mai des probleme legate de comportamentul lor, preluând temerile mamei privitoare la corectitudinea conduitei care aproape niciodată nu este pe măsura așteptărilor ei. „Să fiu cuminte" repetă Iustin de câte ori este întrebat ce crede el că o face fericită pe mamă sau ce și-ar dori tatăl de la el. Lipsa unor norme explicite de conduită, în mod normal impuse și gestionate de tată, declanșează aproape o obsesie legată de cum ar trebui să se poarte copilul și cum ar trebui să se poarte mama cu el. În grupul de întâlnire cu părinții au ieșit la iveală dificultățile întâmpinate de mamele singure cu privire la modalitățile de a-și disciplina copilul, ele trăind mereu sentimentul apăsător al ineficienței „metodelor" lor de educație și cerând explicit sfaturi și rețete despre cum să își „strunească" mai bine copiii.

Dialogul cu Gabi, mamă divorțată care îl crește pe Iustin împreună cu bunica, întregește perspectiva, de data aceasta din punctul de vedere al părintelui, asupra relației dintre copilul din familii monoparentale și mamă.

Gabi: „Eu stau cu mama și cu Iustin. Iustin pleacă la școală, se întoarce de la școală, se spală, mănâncă, își face lecțiile, se odihnește... Și... suntem cu

mama, mama îi ia partea, eu îl mai cert, îl mai bat. *(După o scurtă introducere însoțită de o puternică emoție, ce poate fi ușor sesizată, problemele stringente, fundamentale ale acestei familii monoparentale, așa cum apar ele în viziunea mamei, încep să se facă auzite.)* Nu vreau să-l las. Îi fac plăcerile în limita disponibilităților și nu știu... vreau să-l formez așa să nu ... nu știu... mi-e teamă că dacă nu am soț să nu ajungă vagabond."

T: „Ce vă face să vă gândiți la asta?"

G: „Dacă nu l-aș controla... și nu știu... anturajul de afară, de la joacă..."

T: „Dacă ar exista un soț și un tată pentru Iustin, ar fi mai puțin probabil să ajungă un vagabond?"

G: „Nu. Adică nu cred că ar trebui să am un soț pentru ca Iustin să nu ajungă un vagabond, dar cred că dacă ar fi un bărbat lângă mine m-aș simți mai bine... Dar oricum îl controlez mai mult, de fapt el e mai energic. Eu îi spun: „Iustin, nu mai alerga că ne aud vecinii!", „Iustin, nu mai strica pistolul!"..."

(I. este într-adevăr un copil foarte energic, temperamental vorbind, ceea ce o determină pe mamă să-și facă foarte multe griji pentru el, la toate acestea adăugându-se și statutul social al G., mamă divorțată, ce se simte vulnerabilă, nesigură în exercitarea rolului de părinte. Acest lucru aduce după sine un comportament compensator, concretizat în emiterea unor cerințe hiperrestrictive (exagerat de restrictive) pentru copil, care sunt în dezacord cu tendința naturală a acestuia, ceea ce duce evident la comportmente maladaptative.

Pentru ca G. să poată conștientiza adevăratul efect al strategiei sale adaptative, terapeutul propune ca tehnică jocul de rol.)

Terapeutul: „Ești Iustin! *(către Simona care îl reprezintă în „fotografia de familie" pe Iustin)* Gabi te rog să-i spui lui Iustin toate acestea!"

G: „Iustin ți-am spus să nu mai strici pistolul! Ți-am spus să nu te mai joci cu stiloul că dai cerneală pe covor!..."

T: „Ce simte Iustin în acest moment? "

I: „Aș vrea să nu mă mai bată la cap."

T: „Mamă, nu mă mai bate la cap!"

Terapeutul se adresează în continuare persoanei care joacă rolul copilului, accentuând cerința mamei, pentru a-l ajuta pe acesta să „trăiască" rolul și să poată oferi mamei un răspuns adecvat, care să exprime modul de gândire și simțire al copilului la cerințele restrictive, impuse de nenumărate ori de aceasta.

T: „Iustin, ți-am spus să fii cuminte! Ți-am spus să fii cuminte!"... „Ce faci acum, Iustin?"

I: „Păi... fac în continuare ce vreau."

T: „A! În continuare fac ce vreau!... Oare ce-l face pe Iustin să facă în continuare acelaşi lucru? „Iustin ţi-am spus să fii cuminte! Ţi-am spus să nu mai faci asta!" "
I: „Lasă-mă afară!"
T: „Lasă-mă afară!" „Oare ce te face pe tine Iustin să faci exact contrariul celor spuse de mama?"
I: „N-am cu cine să mă joc!"
T: „Şi pentru că nu am cu cine să mă joc..."
I: „O enervez pe mama într-atât încât ea cedează şi până la urmă îmi spune: Hai, du-te afară!"
T: „Aşa se întâmplă?"
(Mama râde şi confirmă utilizând limbajul nonverbal.)
T: *(zâmbeşte cu îngăduinţă)* „Aşa se întâmplă. Să înţeleg că Iustin are nevoie de o persoană cu care să se joace?"
G: „Da! Are! Mă rog, mă joc şi eu cu el câteodată..."
T: „Câteodată!"
G: „Mă joc şi eu câteodată, când am timp."
T: „Când am timp! Normal!" *(zâmbeşte, înţelege situaţia)*
G: „Când n-am timp, nu mă joc. Dar... majoritatea timpului stă cu mama acasă. *(Începe să se contureze mai pregnant rivalitatea ce există între fiică - ca mamă a copilului şi mama acesteia - bunica lui I. Între cele două se dispută lupta pentru câştigarea afecţiunii şi recunoaşterea autorităţii parentale. Mama este „geloasă" pe bunica care îşi răsfaţă nepotul şi care îşi exprimă nestingherit sentimentele, satisfăcându-şi astfel instinctele materne, în timp ce ea, se simte obligată să-şi asume rolul unei persoane mai dure, persoana care impune reguli şi cere ca acestea să fie respectate, preluând practic rolul tatălui, şi reprimându-şi de multe ori impulsurile materne, fapt care, după cum se va vedea în dialogul ce urmează, nu-i creează o stare de confort. Se contureză aşadar un al doilea conflict pentru mamă, de data aceasta intrapsihic, între necesitatea instinctuală, de a-şi îndeplini menirea de femeie, de mamă şi asumarea unui rol specific sexului opus, impusă de situaţia externă.)* Se joacă cu el de toate, se uită împreună la telenovele..."
T: *(adresându-se persoanei din grup care în fotografia familiei construită de G. are rolul de bunică)* „Bunico, te joci cu Iustin de toate. Te uiţi şi la telenovele..."
G: *(mama care încearcă parcă să-şi găsească o scuză şi să-şi ofere în acelaşi timp o explicaţie care să-i reducă tensiunea generată de conflictul intrapsihic)* „Şi nu vă spun că-i face toate poftele. Şi eu i le fac dar nu aşa cum vrea el imediat."
T: „Înţeleg. Dacă ar fi să arătăm acum, în fotografie, cum ar sta bunica în raport cu Iustin?"

G: „Foarte aproape!"

Terapeutul îi cere G. să modifice fotografia de familie în aşa fel încât să ilustreze mai bine legătura dintre bunică şi nepot. I. este aşezat de către mamă în braţele bunicii ilustrând astfel puternica apropiere dintre cei doi.
T: „Foarte bine! *(validează acţiunile clientei sale fiind astfel suportiv)* Şi acum, care este locul tău în fotografie?"
G: *(Se aşază lângă cei doi, la o oarecare distanţă de bunica, ţinându-l de mână pe Iustin)*
T: „Aşadar Iustin stă în braţe la bunica. Ce simţi mamă? Uită-te bine mamă, la Iustin şi la bunica şi vezi ce simţi acum, când tu de-abia îl apuci pe Iustin de mână în timp ce bunica îl are cu totul, îl ţine în braţe?"

(Terapeutul ajută clienta să conştientizeze care sunt sentimentele sale faţă de copil şi faţă de mama sa, generate de relaţiile interpersonale din cadrul sistemul familial din care face parte.)
G: „Simt că o iubeşte mai mult."
T: „Şi atunci când Iustin o iubeşte mai mult pe bunica, cum mă simt eu ca mamă?"
G: „Mă simt...părăsită!"
T: „Părăsită!"
G: „Da! Mă simt părăsită! Simt că o iubeşte mai mult! Poate unde-i face toate plăcerile, poate unde stă mai mult cu el..."
T: „Şi atunci când pe bunica, pe mama mea, o iubeşte mai mult pentru că îi face toate plăcerile, eu mă simt părăsită, şi ce fac?"
G: „Îl întreb dacă doarme cu mine...*(râde)*, dacă vrea să se joace cu mine..."
T: „Ce încerc practic să fac?"
G: „Să-l atrag spre mine."
T: „Şi reuşiţi?"
G: „Da!"
Terapeutul sugerează G. să îl aşeze pe I. mai lângă ea.
T: „Când Iustin stă lângă mine, eu mă simt..."
G: „Mă simt bine!"
T: „Ce gândesc eu acum?"
G: „Mă gândesc că este mai bine să stea cu mine decât cu ea."
T: „Bunico, tu ce simţi acum când Iustin stă lângă mama şi nu mai e lângă tine?"
B: „Mă simt singură şi încerc să-l atrag pe Iustin de partea mea."
T: *(provocativ)* „Încearcă să-l atragi de partea ta!"

Copilul pendulează aşadar când înspre mama, când înspre bunica, cele două disputându-şi astfel rivalitatea! Terapeutul sugerază persoanei care joacă rolul lui I. să se balanseze uşor pe scaun când înspre „mama", când înspre „bunica" şi să verbalizeze ceea ce simte.

I: „Mă plimb ca o minge!"
T: „Cum e Iustin să te plimbi ca o minge?"
I: „Profit când de unul când de altul!"
Terapeutul îi sugerază să continue balansul.
T: „Cum e să te mişti?"
I: „E bine!"
T: „Atunci, mişcă-te în continuare: când la bunica, când la mama!" *(Iustin continuă mişcarea dar la un moment dat se opreşte.)*
T: „Observ că te-ai oprit. Ce te-a făcut să te opreşti?"
I: „Te plictiseşti la un moment dat!"
T: „Şi atunci când te plictiseşti..."
I: „Fac ce vreau eu!"
T: *(reformulează oferind mamei prilejul să reflecteze asupra comportamentului copilului său)* „Mă plictisesc să fiu minge, şi atunci ce fac? Fac ce vreau eu!"
I: „Da!"
T: „De cine asculţi tu de fapt?"
I: „De mine!"
T: „Şi ce crezi tu despre mama care tot încearcă să te atragă spre dumneaei atunci când eşti la bunica?"
I: „Că nu vrea să mă piardă aşa cum l-a pierdut pe tata."
T: „Şi despre bunica ce crezi?"
I: „Încearcă să-mi satisfacă toate poftele, poate că se gândeşte că chiar dacă tata nu este acasă, nu trebuie să-mi lipsească nimic. Încearcă să-mi fie şi mamă şi tată."
T: „Vrea să-mi satisfacă toate poftele că practic nu e tata acasă!"

Este adusă în discuţie absenţa tatălui, ca posibilă cauză a comportamentului copilului. Disputa dintre mamă şi bunică pentru câştigarea poziţiei privilegiate în raport cu copilul, cu antrenarea întregului cortegiu de sentimente polare, accentuează dezechilibrul existent şi aşa în cadrul unei familii monoparentale în care lipsa elementului masculin se face puternic simţită şi aceasta cu atât mai mult cu cât copilul dispune de o energie înnăscută inepuizabilă.

G: „Nu! În general îi satisface toate poftele, în toate perioadele."
T: „Deci îl iubeşte mult bunica pe Iustin."
G: „Da! Îi satisface toate poftele! Şi eu îl răsfăţ, dar pe mine mă ştie şi de frică. Dacă nu-i pot satisface o dorinţă nu-mi reproşează, dar cred că ei i-ar reproşa. Ei îi este frică că lui Iustin n-o să-i fie bine..."
T: „Deci bunica îl atrage pe Iustin, îi satisface toate poftele, pentru că ea doreşte de fapt..."

G: „Să fie sigură că Iustin este bine. Am mers cu Iustin la ţară şi a venit după noi să se asigure că îi este bine copilului meu."
T: „Şi ce gândeşti tu, mamă despre bunica care vine la ţară să se asigure că copilul este bine deşi el se află acolo cu mama lui?"
G: „Nu are încredere în mine."
T: „Şi când nu are încredere în tine?"
G: „Mă deranjează câteodată, dar asta e..."
T: „Oare ce o face pe mama ta să nu aibă încredere în tine?"
G: „E posibil să creadă că eu sunt mai rece cu Iustin, dar de fapt nu-s mai rece, sunt mai dură câteodată."

Terapeutul propune ca G. să „devină" pentru câteva minute mama, făcând inversiune de rol şi poziţie cu persoana care până atunci a jucat rolul bunicii, fapt care îi va permite să conştientizeze ce simte mama sa în raport cu ea şi nu în ultimul rând ce gândeşte aceasta despre ea ca fiică, dar şi ca mamă a nepotului său.

T: *(adresându-se G.)* „Ce poţi să ne spui despre Gabi în câteva cuvinte?"
G: *(jucând rolul mamei sale)* „E o fată bună, dar o consider şi rea când îl ceartă pe Iustin sau îl bate şi nu vrea să-i mai cumpere jucării. Eu cred că-i băiatul ei şi ar trebui să-i facă toate plăcerile."
T: „Ai încredere în Gabi?"
G: „De multe ori am, câteodată nu."
T: „Ce te face să nu ai încredere în Gabi câteodată?"
G: „Nu-i face toate poftele. Este dură cu el câteodată..."

Dilemele monoparentalităţii sunt accentuate în acest caz de intervenţia bunicii care intră în competiţie tacită cu Gabi pentru exercitarea rolului de mamă. Temerile lui Gabi legate de capacitatea ei de a fi o „mamă bună" sunt accentuate de neîncrederea mai mult sau mai puţin voalată a bunicii, iar frustrarea provocată de renunţarea selectivă la rolul ei firesc pentru a-l adopta pe cel de tată este sporită de tentativa bunicii de a fi mamă pentru Iustin Copilul este astfel transformat într-un măr al discordiei, iar afecţiunea şi cuminţenia lui sunt disputate de mamă şi bunică. Consecinţa acestui stil pentru Iustin este dezorientarea care duce la frustrare, plictiseală şi, în final, la revoltă precum şi la tendinţa de manipulare a mamei şi a bunicii.

IV.4. Grupul mixt - context de transformare psihoterapeutică „împreună" a părinților și copiilor

Grupul mixt reprezintă o modalitate de organizare „împreună" a lucrului psihoterapeutic al părinților și copiilor în vederea optimizării relației dintre ei. În literatura de specialitate este descrisă o astfel de abordare și efectele ei psihoterapeutice.

Valențele provocative și transformative ale travaliului psihoterapeutic în grupul mixt se datorează în principal faptului că intervenția psihoterapeutică are loc în *vivo*, în realitatea relației părinte-copil care se întâlnesc în spațiul securizant al psihoterapiei. Prin re-crearea contextului real al interacțiunilor dintre părinți și copii, transformarea modului de interacțiune are loc împreună cu efecte nu doar în plan individual-personal, ci și la nivelul sistemului familial, iar resursele grupului fac posibile explorarea și descoperirea unor strategii alternative în relația cu copiii.

Stabilirea designului metodologic al acestui grup are ca punct de plecare dificultățile cele mai frecvente care apar în relația părinte-copil diagnosticate atât prin metode proiective cât și în manieră experiențială:
- perturbări ale contactului și comunicării firești dintre părinți și copii (părintele care se transformă în controlor, judecător, distribuitor de recompense);
- înstrăinarea emoțională mergând până la ruptura afectivă din cauza lipsei de timp petrecut împreună cu copilul;
- nesiguranța și teama părintelui atât în legătură cu semnificația unor manifestări psihocomportamentale ale copilului cât și cu standardele propriului rol parental;
- dileme în legătură cu eficiența și corectitudinea metodelor de educare a copilului;
- perfecționism exagerat tradus în teama de a nu greși și supraresponsabilizare;
- manifestări psihocomportamentele ale copilului (hiperactivsim, minciună, izolare, evadare în imaginar), inclusiv copilul simptomatic.

Principalele surse ale dificultăților din relația parental-filială sunt așteptările nerealiste din partea părinților provenite din necunoașterea specificului psihologic al vârstei (suprasolicitare), proiecții și alte surse de distorsiune (ambiții și neîmpliniri personale), nesiguranța și inconsecvența stilului parental care duc la minciună și la tulburări de personalitate.

Ținând cont de problematica descrisă, finalitatea intervenției psihoterapeutice la care ne-am referit anterior a vizat redescoperirea și restaurarea relației autentice, reale, firești între părinte și copil prin acțiune și simțire împreună.

Obiectivele propuse pentru întâlnirile grupului mixt au avut în vedere îmbunătățirea relațiilor dintre părinți și copii:
- facilitarea interacțiunii părinte-copil și conștientizarea unor strategii de comunicare și relaționare;
- abilitarea pentru o mai bună comunicare;
- deblocarea corporală;
- activarea exprimării personale;
- stimularea expresivității verbale și nonverbale;
- dezvoltarea capacității de a oferi suport comprehensiv, empatic, stimulativ în relațiile interpersonale;
- cunoaștere și intercunoaștere;
- conștientizarea de către copii a situațiilor dificile în care își pun uneori părinții;
- conștientizarea de către părinți a conduitelor ce determină reacții cu totul neașteptate din partea copiilor în momente conflictuale ale relației parental-filiale.

Domeniile asupra cărora s-au focalizat obiectivele intervenției psihoterapeutice aparțin registrului corporal-emoțional datorită efectelor restructurante profunde ale contactului și interacțiunii nonverbale care dezvăluie și implică întreaga ființă. Restaurarea contactului primar, corporal cu copilul în relația mamă-copil, prin accesarea resurselor inconștiente unificatoare, determină o îmbunătățire imediată, spontană și durabilă în interacțiunea lor.

Intervenția psihoterapeutică s-a derulat pornind de la o seamă de pretexte provocative propuse în acord cu stadialitatea intrinsecă a transformărilor vizate:

1. Stimularea expresivității personale și deblocarea resurselor creative.

În sala destinată activității de psihoterapie de grup sunt expuse diverse instrumente necesare lucrului artterapeutic: coli albe de hârtie, creioane colorate, pensule, acuarele, plastilină. Împreună - copii, părinți, terapeuți - explorează camera de lucru și identifică materialele pe care le pot utiliza în activitatea comună pe care o vor desfășura. Fiecare părinte lucrează împreună cu copilul lui alegându-și locul din cameră în care își vor desfășura activitatea.

În prima fază a exercițiului terapeuții nu dau nici o sugestie referitoare la modul în care diadele sau mini grupurile familiale ar putea lucra, lăsându-i pe aceștia să aleagă. În partea a doua a exercițiului se precizează clar modalitatea de lucru: realizarea unei lucrări împreună.

Analiza activității se realizează atât la nivelul grupului întreg părinți-copii, cât și la un palier mai profund în grupul părinților.

Exercițiul a favorizat trăirea împreună a unor stări afective pozitive datorate posibilității de manifestare liberă și spontană a propriei creativități, de exprimare a nevoilor și credințelor prezente, fiecare având posibilitatea să lucreze ceea ce dorește. S-a observat că această nevoie de exprimare personală a fost fundamentală pentru fiecare participant la grup deoarece în prima parte a exercițiului lucrările au fost realizate individual. Nici unul dintre participanți n-a simțit nevoia să realizeze o lucrare comună cu alt participant. Au existat acțiuni de cooperare dar direcționate, în scopul de a-l ajuta pe celălalt să se exprime, să-și realizeze propria lucrare/construcție. Activarea expresivității și creativității personale ca și a disponibilității de a primi și oferi ajutor a permis instalarea unui climat pozitiv care a favorizat realizarea unei mai mari deschideri între copii și părinți, finalizată într-o comunicare gratifiantă.

2. Deblocarea și comunicarea corporală

Se formează diade părinte-copil. Un membru al diadei va fi o oglindă care va reflecta imaginea celuilalt, cu alte cuvinte va face toate gesturile și mișcările acestuia. După cinci minute rolurile se inversează.

Acest exercițiu prin cerința sa și mai ales prin faptul că cei care s-au reflectat primii în „oglindă" au fost copiii (care nu scapă nici o ocazie de a-și exprima forța, de a-și descărca energia, agresivitatea) a făcut posibilă exprimarea corporală a părinților. Punerea în mișcare a energiei corporale a creat stări de bună dispoziție atât părinților cât și copiilor.

3. Expresivitatea emoțională, empatiea (redescoperirea emoțională)

Se lucrează în diade părinte-copil. Copilul exprimă prin tot corpul, fără limbaj verbal, diferite stări emoționale precum bucurie, tristețe, furie, etc., iar părinții ghicesc ce stare exprimă aceștia și răspund utilizând limbajul nonverbal. După cinci minute se inversează rolurile.

Exercițiul a oferit participanților posibilitatea de a se transpune într-un mod substitutiv în starea celuilalt și de a da un răspuns la aceasta uzând de mijloacele limbajului nonverbal. Copiii au experimentat o anumită stare și au asociat-o cu o anumită expresivitate corporală. Ei au conștientizat atât propria reacție corporală cât și a părinților aflați sub impactul anumitor stări emoționale. A fost așadar antrenată și exersată capacitatea de observare și înțelegere a comportamentului celuilalt. Exercițiul a fost util mai ales pentru copiii care au conștientizat că pot să afle multe despre părinți numai urmărindu-le mimica, gestica, postura.

Pentru părinți exercițiul a fost util pentru că au empatizat cu copiii lor și au avut astfel confirmarea intuițiilor lor, au conștientizat reacțiile pe care ei le au atunci când copiii lor trăiesc diferite stări emoționale și efectele asupra acestora. A fost un bun prilej de reflecție asupra comportamentelor care au un efect pozitiv sau negativ în cadrul relațiilor cu copiii.

4. Decentrarea emoțională și redescoperirea celuilalt (prin inversiune de rol, experimentare din interior, de pe pozițiile celuilalt).

Prin inversiune de rol, copii devin părinți iar aceștia din urmă, copii. Pentru ca adulții și copiii să-și intre mai bine în rol, ei au trei minute la dispoziție să se costumeze în „copii" și „părinți".

Pentru aceasta folosesc o serie de materiale precum: măști, eșarfe, bastoane, ochelari etc. Se lucrează mai întâi în diada parental-filială, „copiii" având sarcina de a-i pune pe „părinți" în situații cât mai dificile, iar aceștia din urmă să facă față situației, să găsească mijloacele necesare prin care să depășească situația prezentă.

În final exercițiul se realizează împărțind membrii grupului în „părinți" (copiii reali) și „copii" (adulții ce joacă rolul copiilor). Grupul „copiilor" pregătește surprize neplăcute „părinților" care și de data aceasta trebuie să găsească soluții salvatoare.

Intuind corect unul din scopurile exercițiului, părinții au încercat să realizeze acele comportamente pe care copiii lor le manifestă într-un mod mai mult sau mai puțin conștient și care-i pun adesea în dificultate. Această strategie a părinților a avut un efect de șoc asupra copiilor aflați în „rolul" de părinți, care s-au văzut în imposibilitatea de a face față situației create. Acest exercițiu nu a avut efect traumatizant pentru copii, deoarece totul s-a desfășurat sub formă de joc, uneori părinții amplificând foarte mult anumite reacții comportamentale. Puși în fața unor situații dificile, copiii au fost nevoiți să facă apel la resursele lor creative. Au existat destul de frecvent și situații în care aceștia au reacționat proiectând modelul parental interiorizat. Acest lucru a permis părinților accesul la anumite insight-uri cu efect restructurant al propriului comportament educativ, disciplinant al copilului.

Tot acest exercițiu a oferit copiilor posibilitatea de a se simți mândri atunci când au jucat rolul părinților, știut fiind faptul că la această vârstă tendința de a se identifica cu persoana adultă care îl îngrijește este foarte frecventă, părintele fiind foarte important pentru copil.

Copiii au ales să fie niște părinți care vin obosiți de la serviciu. *(Se observă că au proiectat patternul parental: „Vin de la serviciu, sunt obosit!".)*

Au fost foarte bulversați atunci când au întâlnit „acasă" un grup de copii foarte neascultători care țipă, dau din mâini, se mișcă, se împotrivesc la tot ce vor părinții: „Nu vreau asta! Vreau asta...!".

Și de data aceasta părinții au reacționat asemenea copiilor lor, iar copiii au proiectat patternurile de comportament parentale. Fiecare a fost o oglindă pentru celălalt: două oglinzi paralele ce se reflectă una în alta.

Foarte interesant pentru terapeut a fost să observe cum copiii cu o rigiditate corporală accentuată au emis soluţii drastice precum: bătaie, pedeapsă (proiectând modelele părinţilor), asemenea celor foarte expansivi, proveniţi dintr-o familie monoparentală din care lipseşte autoritatea paternă şi în care mamele erau foarte blocate corporal.

Evaluarea efectelor psihoterapeutice ale lucrului împreună, al părinţilor şi copiilor, a reliefat producerea atât a unor efecte generale, nespecifice cât şi derularea unor transformări mai profunde în cazul unor familii cu dificultăţi în relaţia părinţi-copii.

Efectele generale, nespecifice ţin de halo-ul afectiv al unei astfel de experienţe caracterizată în unanimitate ca deosebit de plăcută şi relaxantă. Cuvintele părinţilor exprimă cel mai bine :

G: *„A fost minunat! Mi-am adus aminte de copilărie."*

M: *„A fost frumos, comic! Am scos chiar şi limba!"*

Aceleaşi trăiri pozitive le-au avut şi copiii:

A: *„A fost bine! Am râs şi eu şi mami!"*

G: *„A fost frumos! Ne-am jucat şi am râs!"*

Deşi poate părea simplu la prima vedere, redescoperirea unei interacţiuni relaxante, plăcute cu copilul, în timpul căreia pot renunţa la împovărătoarele responsabilităţi de părinte reprezintă o **experienţă restructurantă** pentru mulţi părinţi pe care rolul parental i-a făcut să uite să râdă, să se joace, să se bucure împreună cu copilul. Regăsirea plăcerii de a fi şi de a se juca împreună cu copilul semnifică redescoperirea unei relaţii fireşti, autentice cu el. Simplul fapt că stau împreună un timp, pe care cei mai mulţi recunosc că nu şi-l acordă în mod obişnuit, îi determină să caute modalităţi de apropiere şi redescoperire reciprocă.

Au fost părinţi care au descoperit că se pot juca împreună cu copilul fără a-şi pierde autoritatea de părinte, fără teama de a nu fi tratat(ă) ca tată/mamă, ci ca prieten(ă). Mai ales mamele singure au conştientizat că tind să devină rigide şi să nu se amuze împreună cu copiii. Supraresponsabilizarea şi perfecţionismul care încearcă să compenseze nesiguranţa acestor mame duc adesea la frustrare afectivă şi înstrăinare emoţională în relaţia dintre ele şi copil.

Unii părinţi au retrăit senzaţii şi situaţii din propria copilărie, accesul la copilul interior ca sursă de creativitate a personalităţii fiind evident în cazul multor părinţi:

L: *„Nu m-am mai jucat cu plastilină de când eram eu la şcoală, de 20 şi ceva de ani. Mi-am adus aminte de cum eram pe atunci. A fost emoţionant. M-am simţit de vârsta Roxanei."*

G. *(o mămică mai corpolentă): „Nu credeam că pot să sar şi să fac gimnastică împreună cu I. Nici nu mai ştiu de când n-am mai dansat şi nu m-am mai mişcat atât."*

Între Gabi şi mama ei s-a produs un veritabil fenomen de simbioză creaţională, mamă şi fiică realizând individual, separat acelaşi desen. Interesant este faptul că se înregistrează o reacţie regresivă a mamei, la stadiul de copil, ea fiind cea care îşi imită fiica, desenează tot ceea ce spune şi face fiica sa de 8 ani. În timpul analizei afirmă: *„M-am simţit foarte bine cu G., am lucrat numai cum a vrut ea. Ce mi-a spus ea, aia am făcut!"*. Mama s-a abandonat practic în mrejele jocului cu fiica sa: *„M-am simţit foarte bine. Mă bucur că am venit!"*. Exerciţiul a avut pentru această mamă un efect revitalizant, de restaurare a contactului primar, simbiotic dintre mamă şi copil.

Lucrul împreună cu copiii a fost prilej de autodescoperire: Sanda şi-a redescoperit prin jocul cu copiii o veche pasiune - pictura:

S: *„Am pictat. A fost minunat! Dacă aş fi fost singură m-aş fi simţit şi mai bine! Mă linişteşte să pictez. Înainte să mă mărit o oră, o oră şi jumătate îmi mai rupeam din timp şi mai pictam flori, arbori... Toate acestea mă liniştesc. Caut să realizez o armonie în planşa mea. Cel mai mult îmi place să pictez florile de toamnă. Sunt cele mai frumoase!"*

Unul dintre insight-urile cele mai frecvent exprimate a fost conştientizarea timpului extrem de redus pe care părinţii îl acordă jocului cu copilul:

Sanda: *„Niciodată n-am stat atât împreună cu toţii."*

Prezentăm câteva **cazuri relevante** a căror problematică iniţial diagnosticată s-a developat şi restructurat în cadrul grupului mixt:

Cazul 1.

M. este o mamă care a manifestat rezistenţă în mimarea expresiilor corporale ale copilului, pe timpul exerciţiului „Oglinda". Oricât se străduia copilul să o antreneze în joc, M. îi spunea că nu înţelege ce face sau ce vrea să exprime şi ca urmare a acestui fapt nici nu se poate oglindi. Datorită acestei reacţii rejectante, copilul a trecut treptat de la mişcări simple ce necesitau o uşoară implicare corporală, la mişcări tot mai ample ce antrenau întreaga structură corporală, făcând practic aproape imposibilă oglindirea. Agitaţia psihomotorie a copilului trăda o stare de nemulţumire şi frustrare care se accentua tot mai mult pe măsură ce mama se înverşuna în respectarea hotărârii sale de a nu se implica în exerciţiu. Drama copilului a fost cu atât mai mare cu cât a observat că toţi ceilalţi părinţi se jucau cu copiii lor.

Din anamneză şi evaluarea psihodiagnostică, M. se distinge prin nesiguranţă în rolul de mamă singură, blocaje corporale, diminuarea contactului afectiv cu copilul.

M. a reprodus în această şedinţă terapeutică un pattern al său de comportament în relaţia cu propriul copil. Imaginea sa despre fiul ei: „e totdeauna agitat, e greu de stăpânit, mă oboseşte, seamănă cu taică-său", (M. fiind divorţată de 3-4 ani), o face să-l respingă pe copilul nevinovat, mama rejectându-l astfel în mod inconştient, prin **copil**, pe **soţul** ei:
T: „Cum v-aţi simţit în timpul exerciţiului?"
M: *(demonstrativ)* „Am o agitătură de copil! În fiecare dimineaţă aşa face: se agită când se spală, când se îmbracă, te oboseşte!"
T: „Dar acum cum a fost? *(focalizarea pe aici şi acum reprezintă o încercare de destructurare a clişeului cu care M. operează curent.)*
M: „Acum? Exact aşa! Şi mă uitam la el!!! Exact cum face şi dimineaţa, că nu mai am putere să mă agit şi eu!" *(râde demonstrativ)*
T: „Şi tu, Tu. cum te-ai simţit?"
Tu: *(se strâmbă, pare uşor dezamăgit)* „Nu mă agitam, mă spălam repede pentru ca să nu întârzii la şcoală." *(Se observă că Tu. nu răspunde la întrebarea terapeutului datorită faptului că a rămas ancorat în afirmaţiile anterioare ale mamei, care se pare că au avut efect de şoc asupra lui.)*
T: *(formulând din nou întrebarea):* „Dar acum, aici, cum a fost?"
M: *(nelăsându-l pe fiul ei să vorbească)* „Se agita, se îmbrăca, se trântea şi pe jos, cică se dădea în leagăn!" *(Râde în timp ce Tu., dezamăgit, nici măcar nu-şi mai găseşte cuvintele.)*
T: „Ce crezi că şi-ar fi dorit Tu. din partea ta?"
M: *(adresându-se provocativ fiului său)* „Ai fi vrut să mă agit şi eu cu tine?"
Tu: *(umil)* „Da."
M: *(victorioasă!)* „Te rog, sunt deja obosită de tine! Să mă mai agit şi eu?! Să mă mai trântesc pe jos?! Asta mi-ar mai fi trebuit acum!" *(fantasma soţului rejectat este proiectată în copil)*
T: „M., spui că acum te-ai simţit obosită de mişcările lui Tu. Şi că din cauza asta nu ai putut să te joci cu el. Cum se întâmplă de obicei?"
M: „Exact aşa. Mă oboseşte cu agitaţia lui."
T: „Cum ai vrea să fie?"
M: „Să fie şi el mai liniştit, mai potolit, să nu se smucească atât."
T: „Arată-ne cum ai vrea să fie Tu. Fii Tu. pe care îl doreşte M."
M: *(rezistentă, uşor ironică)* „Să se mişte mai puţin."
T: „Mişcă-te exact cum ai vrea să se mişte Tu."
M: *(oprindu-se derutată)* „Aşa."
T: „Dar tu acum stai, nu te mişti. Aşa vrei să fie Tu.?"
M: „Da, să stea şi el locului odată." *(mesajul este adresat mai curînd soţului plecat, soţia dorind probabil un control compensator asupra acestuia, ca un mijloc de apărare faţă de un presupus comportament agresiv, agitat sau instabil şi ca un mod de reducere a anxietăţii sau culpabilităţii de separare).*

T: „Tu., stai cum stă mama. M, cum te simţi acum că Tu. stă locului?"
M: „Foarte bine!!! Uşurată."
T: „Tu., mişcă-te cum te mişcai dimineaţa. Cum te simţi acum?"
M: „Opreşte-te!"
T: „Opreşte-te pentru că..."
M: „Mă oboseşti."
T: „Şi când mă oboseşti, eu mă simt..."
M: „Fără putere."
T: „Fără putere, adică mă simt..."
M: „Nu ştiu ce să mai fac."
T: „Să faci ceva ca să..."
M: „Ca să te potolesc."
T: „Şi când nu ştii ce să faci ca să-l potoleşti, tu ca mamă te simţi..."
M: „Nu ştiu ce metode să mai aplic cu el."
T: „Crezi că trebuie să aplici nişte metode cu el..."
M: „Tu. nu are tată şi mă străduiesc să nu simtă lipsa tatălui. Să-i ofer cele mai bune metode de educaţie, De asta l-am adus şi la grup. Să-mi spuneţi dacă se simte că nu are tată, ce ar trebui să fac cu el." *(Ies la iveală temerile mamei singure care se simte nesigură în ceea ce priveşte modul în care îşi educă fiul. Responsabilizarea accentuată consecutivă anxietăţii duce la rigiditate afectivă, impunerea unor regului stricte, blocaje ale trăirii şi exprimării. M. caută standarde educaţionale infailibile care să-i asigure confortul psihologic în relaţia cu copilul.)*
T: „Ce te nelinişteşte pe tine, M., la Tu.?"
M: „E prea agitat."
T: „G., cred că ai aceeaşi problemă cu I."
G: „Da, dar e normal pentru un copil să se mişte, să se joace. Dacă ar fi Iustin cum e Tu.!"
T: „Cum procedezi cînd Iustin este agitat?"
G: „Îl las să se agite. Până la urmă îi trece."

(Din punct de vedere educaţional şi al dezvoltării psihologice refuzul jocului şi al nevoii de mişcare înseamnă nerespectarea specificului psihologic al vârstei, maturizarea precoce şi tendinţa de parentalizarea a copilului.)

Reacţiile M. se datorează, pe de o parte, problemelor reale create de statutul de mamă singură, în special tendinţa de supraresponsabilizare, iar, pe de altă parte, frustrării unor nevoi personale (nevoie de atenţie, de a fi iubită, admirată, apreciată, sprijinită, ajutată) care, în mod firesc, pot fi împlinite într-o relaţie de cuplu inexistentă acum în viaţa M. Şi pentru că toate acestea nu îi sunt satisfăcute comportamentul său capătă aspecte isterice, manifestând o solidă opoziţie faţă de nevoile celuilalt.

În analiza realizată la sfârşitul acestui grup, în prezenţa adulţilor, M. a conştientizat motivaţia reală a comportamentului său şi a fost consiliată în ceea ce priveşte adoptarea unei alte strategii interrelaţionale cu fiul său care să aducă satisfacţie amândurora.

Cazul 2.

Laura, mama Alinei, evită să comunice cu fiica ei prin intermediul contactului fizic, blocajul fiind evident exprimat în atitudinea corporală: rigiditate, nu atinge copilul, menţinerea unei distanţe care face imposibilă comunicarea tactil-kinestezică. În acest timp, Alina mimează numai stări afective negative (teamă, tristeţe) şi aşteaptă cu mâinile întinse răspunsul mamei. Intervenţia psihoterapeutică:

Terapeut: „Laura, ce stare crezi că trăieşte acum Alina?"
Laura: „Nu ştiu… E supărată."
T: „E supărată… Ce-ţi vine să faci atunci când o vezi pe fiica ta supărată?"
L: „Nu ştiu… "
T: „Acum fiica ta stă în faţa ta şi e foarte supărată, plânge. Ce faci?"
L *(se retrage şi accentuează blocajul corporal)*
T: „Văd că te dai un pas înapoi şi îţi lipeşti mâinile pe lângă corp. Ce simţi acum?"

Laura nu răspunde…

T: „Ce te-a făcut să te retragi?"
L: „Nu ştiu ce trebuie să fac."
T: „Nu trebuie să faci ceva anume. Doar ce simţi atunci când fiica ta plânge în faţa ta. Află ce simţi şi ce îţi vine să faci!"
L: „Aş vrea să-i spun să nu mai plângă."
T: „Spune-i!"
L: *(rece)* „Nu mai plânge."
T: *(către Alina)* „Cum te simţi?"

Alina: nu răspunde şi continuă să mimeze aceeaşi stare.

T: „Încearcă să-i spui altfel, eventual să faci şi un gest."
L: *(blocaj corporal reia pe acelaşi ton)* „Nu mai plânge."

(Este evident că mama nu are acces la resursele emoţionale proprii în acest moment şi că orice încercare de a depăşi blocajul făcând apel la ea însăşi vor eşua.)

T: „A., fii tu mama pentru câteva momente, iar tu Laura o să fii Alina. De acord?"
L: „Da."
T: „Alina, tu eşti mama Laura, iar Laura este foarte supărată. Încearcă să faci ceva să se simtă mai bine." *(joc de rol inversat)*

A: *(prinzând-o de mâini pe mamă)* „Nu mai plânge, te rog!"
T: „Aşa, foarte bine… Încearcă să o faci să se simtă şi mai bine"

A. o îmbrăţişează pe Laura care cu timiditate o ia în braţe.

T: „Cum a fost Laura când Alina te-a îmbrăţişat?"
L: *(ţinând-o de mână pe Alina)* „Foarte bine."
T: „Alina redevii fiica şi mimează o altă stare."

Alina arată că îi este frică.

T: „Laura, fă ceva ca Alina să se simtă bine."

Laura se apropie timid şi o mângâie, apoi o prinde de mâini, Alina cuibărindu-i-se în braţe. Apoi, Alina mimează bucurie, fericire, luând-o pe mama în braţe, se învârt şi râd împreună.

Cazul 3.

În timpul analizei desfăşurate în grupul părinţilor, M. şi-a exprimat temerile legate de modul în care îşi educă fiicele, ea fiind cea care se ocupă aproape în exclusivitate de organizarea timpului copiilor. Una din preocupările ei principale era să-şi antreneze fetele în toate activităţile sale, ceilalţi părinţi remarcând că astfel nu mai are timp pentru ea însăşi.

În urma desenului realizat împreună cu fiicele sale, M. ne-a spus:

M: „Mi-am dat seama că sunt destul de rigidă în relaţia cu fetele mele. Le controlez excesiv de mult atunci când se joacă şi eu uit să mă joc cu ele. Chiar şi atunci când se uită la televizor în camera lor, bag capul pe uşă să văd ce fac."
T: „Ce te face să bagi capul pe uşă să vezi ce se întâmplă?"
M: „Vreau să ştiu cum se joacă, de-a ce se joacă."
T: „Este important pentru tine să ştii cum se joacă. Poţi să ne spui de ce?"
M: „Vreau să înveţe ceva din jocul acela. Atunci când se joacă am tendinţa să le organizez jocul să fie logic, să înveţe ceva din el."
T: „Aşa a fost şi aici? Ai încercat să transformi jocul în ceva din care să înveţe ceva?"
M: „Nu, aici nu."
T: „Ce te-a făcut să nu faci asta aici, în grup?"
M: „Am văzut ce bucuroase erau fetele că mă joc cu ele, că ne jucăm împreună. Nu mai puteau de fericire când m-am jucat cu ele! Mă luau în braţe fără motiv, se învârteau în jurul meu…"
T: „Ce „ţi-a spus" bucuria lor?"
M: „Că le place să mă joc cu ele, că doresc să ne jucăm împreună."
T: „Cum rămâne cu învăţatul?"
M: *(spontan, râzând)* „Păi, când învăţăm, învăţăm, când ne jucăm, ne jucăm."
T: „Adică, nu trebuie să înveţi neapărat ceva din joc?"

M: „Cred că e important să mă simt bine împreună cu fetele și ele să fie bucuroase că ne jucăm împreună."
T: „Te gândești să schimbi ceva în modul în care te vei juca?"
M: „O să le las mai libere și o să mă joc și eu cu ele. Sunt spontane, mă acceptă mai ușor când mă joc cu ele. M-am simțit minunat și eu și ele! Am descoperit că-mi place să mă joc cu ele. *(Stă pe gânduri.)* Mai e o problemă: nu știu dacă o să se mai joace singure, iar eu nu am timp să mă joc tot timpul cu ele."
T: „Dar până acum cum s-au jucat?"
M: „Singure. Dar nu știau cum e să ne jucăm împreună. Acum o să aștepte să le organizez eu jocul."
T: „Ce ar însemna asta pentru tine?"
M: „Nu o să mai am timp pentru alte treburi."
T: *(către grup)* „Ce ar putea să facă M.?"
Ema: „Să fixeze un timp pentru jocul împreună."
G: „Să le antreneze și pe fete în treburile gospodărești și așa o să aibă timp să se joace împreună."
M: „Să o ajute și soțul."
T: „Ai putea să faci asta?"
M: „Cred că da. Așa o să am timp și pentru jocul cu fetele și pentru treburile gospodărești."

IV.5. Evaluare, concluzii și implicații ale modulului de optimizare a relației părinți - copii

Modulul experimental s-a încheiat cu o activitate de evaluare a întregului program, evaluare realizată cu ajutorul tehnicii interviului și al testelor proiective.

Interviul a fost aplicat atât copiilor cât și părinților urmărindu-se surprinderea efectelor pe care experiența de grup a avut-o asupra acestora.

Grila de interviu a copiilor a cuprins următoarele întrebări:

1. Cum te-ai simțit în cadrul grupului de copii?
2. Cum te-ai simțit în cadrul grupului de părinți și copii?
3. Ce ți-a plăcut cel mai mult în cadrul întâlnirilor de grup?
4. Ce ți-a plăcut cel mai puțin?
5. Ai învățat ceva? Ce?
6. Ce au însemnat aceste grupuri pentru tine?

Din analiza atentă a răspunsurilor copiilor la toate aceste întrebări am reținut unele elemente semnificative:

Copiii s-au simțit foarte bine în cadrul grupurilor, s-au jucat, au învățat lucruri noi, s-au aflat între prieteni.

„M-am simțit bine! Am colorat, am modelat în plastilină și m-am mâzgălit pe față!"

„Mi-a plăcut la grup pentru că ne-am jucat împreună, ne-am ajutat și nu ne-am certat! A fost frumos, am învățat lucruri noi."

„M-am simțit bine la grup pentru că eram între colegii noștri, îi cunoșteam, nu eram între copii pe care nu-i cunoșteam." (efect de dezanxietare la contact interpersonal)

Referitor la cea de-a doua întrebare din cadrul interviului destinat copiilor: „Cum te-ai simțit în cadrul întâlnirilor de grup părinți-copii?" s-au putut desprinde următoarele afirmații:

„Mi-a plăcut foarte mult că am pictat împreună cu mami și cu I."

„...și pentru că mama a fost cu mine m-am simțit bine: am dansat, am cântat împreună."

„A fost bine cu mami și cu tati să ne jucăm împreună! Mi-aș fi dorit să mai țină pentru că îmi place." (Copilul exprimă foarte clar una din nevoile sale fundamentale care a fost satisfăcută în cadrul acestui program terapeutic: atenția părinților săi. El are nevoie de prezența acestora. Are nevoie să primească afecțiunea lor, dragostea lor. Cu această ocazie părinții au conștientizat ce efect benefic are prezența lor asupra copilului, și care este modalitatea de „cuminție" a fiicei lor, aceasta fiind mult mai cuminte, mai ascultătoare și mai docilă în perioada desfășurării grupurilor mixte.)

Au fost realizate noi achiziții la nivelul intercunoașterii, mai ales în ceea ce privește modalitățile comportamentale care facilitează relaționarea cu ceilalți, în particular relaționarea cu părinții.

„Nu le mai vorbesc părinților cu voce tare pentru că așa ei nu se mai supără pe mine și îmi dau ce vreau."

„Am învățat că trebuie să-i ascultăm pe ceilalți și să ne jucăm împreună."

Deosebit de interesant a fost interviul realizat cu părinții. Prima parte a interviului a constat în prezentarea schimbărilor psihocomportamentale pe care le-au observat la copii pe parcursul realizării modulului experimental: o mai bună adaptare la cerințele parentale care au suferit uneori și ele anumite modificări, o mai mare implicare a copiilor cu timiditate accentuată în relaționarea cu ceilalți membrii ai familiei sau cu prieteni ai acestora. La unii copii a crescut numărul inițiativelor personale în ceea ce privește activitățile cu specific școlar, s-a dezvoltat așadar simțul responsabilității. Testele proiective au susținut și ele informațiile furnizate de părinți. A reieșit o mai mare

deschidere spre relaţionare a copiilor, o oarecare îmbunătăţire a imaginii de sine şi o mai redusă rigiditate corporală.

Partea a doua a interviului a fost focalizată pe experienţa de grup a părinţilor şi pe efectele pe care aceasta le-a avut în viaţa lor.

La întrebarea terapeutului dacă grupul a ajutat-o cu ceva, M. a răspuns: *„M-a apropiat mai mult de copii. S-au ataşat mai mult de mine, m-au văzut şi ca pe o tovarăşă de joacă."*

O altă mamă a reînnodat legătura sa afectivă pozitivă cu fiica sa mai mare: *„Îmi pare rău că se termină. Consider că această experienţă a fost foarte utilă pentru mine. Venind aici mă relaxam foarte mult, scăpam de treburile mele cotidiene. Am descoperit unele lucruri la R. (fiica mai mare) dar şi referitor la noi două: ne-ar plăcea să stăm mai mult împreună, să desenăm împreună, să ne jucăm. Mi-am dat seama că nu prea mă joc acasă foarte mult cu R. pentru că intervine I. Şi I. fiind mai mică îmi acaparează o bună parte din timp. Nu mai am răbdare şi nu-i mai acord aceeaşi atenţie şi lui R. Şi ea se comportă ca atare cerându-şi drepturile."*

M: *„Pe mine m-a ajutat foarte mult că am văzut că şi alte doamne divorţate se confruntă cam cu aceleaşi probleme pe care copilul meu mi le face. Mi-a dat mai mult curaj!"*

Şi în cazul părinţilor au fost semnalate unele schimbări în bine prin intermediul testelor proiective mai ales în ceea ce priveşte îmbunătăţirea imaginii de sine. Faptul că s-au produs unele transformări cu efect pozitiv la nivelul personalităţii acestora a reieşit şi din propunerea venită din partea lor: *„Ar fi minunat dacă am continua să lucrăm cu noi. Rezolvându-ne nouă anumite probleme am putea lucra mai bine asupra îmbunătăţirii relaţiei noastre cu copii."*

Această afirmaţie nu a făcut decât să ne bucure deoarece este extrem de relevantă pentru impactul pe care modulul nostru experimental l-a avut asupra părinţilor şi copiilor. Aşadar punerea în practică a unui astfel de program de intervenţie psihoterapeutică are efecte benefice: dezvoltarea personală a copiilor, dezvoltarea personală a părinţilor constituie baza intervenţiei terapeutice a optimizării relaţiilor părinţi-copii.

Acest experiment deschide drumul pentru realizarea unui nou tip de şcoală: „Şcoala părinţilor", ştiut fiind faptul că cea mai dificilă meserie e aceea de părinte.

CAPITOLUL V Grupul experienţial de dezvoltare personală cu copii
- ghid metodologic -

Argument:

Mediul social prin labirintul căruia şcolarul mic îşi croieşte drumul în viaţă îşi pune puternic amprenta asupra conturării personalităţii sale. Familia, grupul de prieteni, grupul şcolar influenţează dezvoltarea sau blocarea capacităţilor interrelaţionale ale copiilor, elemente constitutive ale personalităţii dominante în procesul de integrare socială a copilului şi a viitorului adult.

„Cuplul conjugal, prin întreg sistemul său de acte comportamentale, constituie un veritabil model social care fiind dealtfel primul în ordinea influenţelor din partea modelelor sociale existente, are o influenţă hotărâtoare asupra copiilor privind formarea concepţiei lor despre viaţă, a modului de comportare şi relaţionare în raport cu diferite norme şi valori." (Mitrofan I., Mitrofan N., 1991)

Relaţiile copilului cu familia sunt conştientizate şi raportate la alte cazuri (din care fac parte colegii). Se percep mai cu seamă rezonanţele comportamentale şi afective. Sunt semnificative pentru copil relaţiile afective, pozitive, de acceptanţă şi căldură ale părinţilor sau dimpotrivă, atitudinea de rejecţie ce se manifestă prin ostilitate şi autoritate brutală. Adeseori între acestea se interpun alte două forme ce constau în atitudini lipsite de interes faţă de activităţile copilului sau în variate forme de control sever, exagerat. Lucrurile se complică în toate cazurile când cei doi părinţi manifestă atitudini diferite faţă de copil.

Severitatea excesivă cu multe rigidităţi, privaţiuni de tot felul, cu cerinţe şi pretenţii exagerate, îşi lasă puternic amprenta asupra procesului de formare a personalităţii copilului cu inerente implicaţii negative în plan comportamental şi relaţional: conformism, încredere redusă în forţele proprii, teamă, timiditate, sentimente profunde de culpabilitate şi revoltă, apatie şi indiferenţă accentuată faţă de ceea ce trebuie să întreprindă sau în ceea ce priveşte relaţionarea cu cei din jur.

Supraprotecţia pe care părinţii o oferă copilului datorită credinţei că are însuşiri cu totul aparte în raport cu alţii duc, de asemenea, la o serie de efecte negative pentru copil: *discrepanţa între imaginea de sine şi posibilităţile reale,*

îngâmfarea, exacerbarea eului, supraevaluarea propriilor posibilităţi, cu evidente consecinţe maladaptative.

Limitarea excesivă a libertăţii şi independenţei de acţiune a propriilor copii din dorinţa de *„a nu păţi ceva rău"* are drept rezultat maternodependenţa, tocirea accentuată a spiritului de iniţiativă, instalarea unor temeri nejustificate de acţiune şi de consecinţele ei, izolarea în serie, subevaluarea propriilor posibilităţi, ceea ce favorizează o proastă integrare socială.

Indiferenţa, nonimplicarea până la neglijarea totală a copiilor se finalizează de asemenea cu consecinţe negative în dezvoltarea bio-psiho-socială.

Structura monoparentală a familiei influenţează şi ea capacităţile relaţionale ale copiilor. Astfel, pentru băieţi, absenţa tatălui la vârsta şcolarităţii mici duce la o oarecare efemizare a conduitei, iar pentru fetiţe, la o oarecare nesiguranţă.

În lipsa modelului patern, când mama nu este implicată în control şi cooperare acceptată de copii, aceştia, şi mai ales băieţii, devin nesiguri, manifestă conduite antisociale, agresivitate crescută şi tendinţe delicvente.

Pentru fete, absenţa tatălui poate crea dificultăţi în stabilirea de relaţii cu sexul opus, nevrotism, anxietate şi disconfort în astfel de relaţii sau o timpurie şi nediscriminativă implicare în relaţii sexuale întâmplătoare la vârsta adolescenţei. Absenţa tatălui în cazul fetelor este consemnată şi ca factor de risc pentru dezvoltarea unor conduite sociodeviante, cum ar fi prostituţia, iar în cazul băieţilor poate predispune la crize în asumarea identităţii psihosexuale.

Familiile caracterizate printr-un potenţial conflictogen ridicat şi puternic carenţate din punct de vedere psihoafectiv şi psihomoral afectează în cea mai mare măsură procesul de maturizare psihosocială a copiilor. Copiii, datorită crescutei lor sensibilităţi, receptează şi trăiesc deosebit de intens orice eveniment intervenit între părinţi. Efectul principal al relaţiilor interpersonale conflictuale din cadrul familiei asupra personalităţii copiilor îl constituie devalorizarea modelului parental şi totodată, pierderea posibilităţii de identificare cu acest model. Mai mult, modelul parental, în asemenea situaţii, poate fi respins activ de către copii, devenind „model negativ" care, treptat, poate conduce la stimularea şi dezvoltarea agresivităţii şi comportamentului antisocial.

Relaţiile afectuoase dintre copil şi părinţi, ca şi dintre aceştia, duc la efecte pozitive, rezultatele cele mai bune în plan comportamental-relaţional obţinându-le copiii ai căror părinţi au o atitudine clară, caldă, manifestă atenţie la autonomie, exercită un control echilibrat şi constant.

Grupul de prieteni oferă posibilitatea satisfacerii unor trebuinţe fundamentale ale copilului: nevoia de a se afla în colectivitate, de a stabili

relaţii interpersonale, de a forma împreună cu ei grupuri, echipe care să se întreacă cu alte grupuri.

Copiii aderă în mod voluntar la un grup sau altul tocmai pentru a-şi satisface dorinţa de comunicare, interesul pentru joacă sau preocupările şcolare comune, vecinătatea spaţiului de locuit contribuind şi ea la formarea grupului de covârstnici caracteristic perioadei de vârstă a şcolarului mic.

În cadrul grupurilor funcţionează o multitudine şi o varietate de relaţii interpersonale cognitive, comunicaţionale, afectiv simpatetice. Interacţiunile sunt între egali, grupul funcţionând pe baza unor reguli proprii, stabilite de copii, fireşte, în urma preluării modelelor adulţilor, neexcluzând apariţia ierarhiilor în cadrul grupului, lider devenind cel cu mai multă iniţiativă, cu mai mult curaj şi o mai mare capacitate de a-i coordona pe ceilalţi. În grup, fiecare îşi exersează comportamentul prin relaţiile cu ceilalţi fiind prilejuită „înţărcarea afectivă", copiii criticându-se şi gratificându-se reciproc. Separarea pe sexe a interacţiunii este specifică grupului de covârstnici „şcolar mic".

Interrelaţionarea în cadrul grupului de prieteni facilitează dezvoltarea şi validarea eului, dezvoltarea competenţelor de sex-rol, a competenţelor sociale, achiziţia unor noi cunoştinţe în afara mediului familial.

Importanţa grupului de covârstnici în perioada micii şcolarităţi se exprimă în aceea că facilitează manifestarea şi dezvoltarea atitudinilor şi valorilor individuale ce ajută la maturizarea personalităţii copilului în vederea realizării unei bune integrări sociale.

Pericolul care apare se concretizează în posibilitatea apariţiei la copil a comportamentului deviant, dată fiind relativa independenţă de părinţi a grupului de prieteni.

Participarea copilului la viaţa şcolară este un bun prilej de relaţionare cu ceilalţi, de exersare a comportamentelor de cooperare, întrajutorare, întrecere. Conduitele interacţionale, cu reflexul lor emoţional concretizat în emulaţie şi interstimulare influenţează formarea personalităţii.

Relaţiile de dominare însă, din partea unor învăţători, reuşesc să creeze un climat de autoritarism. Accentul cade, în acest caz, pe dirijare şi ordine, pe impunere severă şi dojenirea elevilor, pe stimularea supunerii necondiţionate, pe însuşirea docilă a cunoştinţelor, pe înăbuşirea spiritului de iniţiativă, de independenţă, de creativitate. În aceste condiţii copiii nu-şi mai pot afirma propriile opinii, gânduri, sentimente, comunicarea fiind mult redusă, iar climatul de teroare, groază determină aversiunea atât pentru învăţător cât şi pentru şcoală. În astfel de situaţii grupul de elevi nu funcţionează optimal, relaţionarea ineficientă cu învăţătorul atrage după sine ineficienţa în plan relaţional a elevilor, cu toate efectele negative ce decurg de aici în planul dezvoltării personalităţii.

Sunt desigur şi învăţători al căror comportament se bazează pe tendinţa de a se integra în climatul clasei, de a se identifica cu viaţa şi activitatea elevilor. Ei încearcă să stimuleze participarea activă a copiilor, să sporească continuu independenţa şi iniţiativa acestora, spiritul lor de răspundere. Mai mult decât atât stimulează înţelesul şi curiozitatea, încurajează manifestarea spontaneităţii şi a creativităţii. Sunt promovate, practic, comportamente de relaţionare, conlucrare, cooperare, întrajutorare, obţinându-se efecte pozitive în planul dezvoltării personalităţii elevilor.

„Descoperirea lumii" în şcoală nu e neapărat generatoare de anxietate, căci, pentru copilul curios, nimic nu e în mod aprioric ciudat. Poate însă încerca în cadrul relaţionării interpersonale şi experienţe generatoare de anxietate sau devalorizante care să-i confirme lipsa lui de importanţă. În acest context se declanşează mecanismele de apărare ale eului. Anxietatea camuflată poate duce la nervozitate, tulburări ale somnului, inadaptare, etc.

Interrelaţiile sociale întreţinute de micul şcolar capătă amprenta vieţii sociale în ansamblul ei şi a vieţii şcolare şi familiale din mediul sociocultural. Locul familiei şi al relaţiilor din familie, al atmosferei şi regulilor, stilului şi caracteristicilor familiei sunt astfel înţelese pentru că şcoala îi oferă copilului condiţii de a intui şi alte tipuri de familie decât a sa. Conştientizarea influenţelor sale familiale creează puternice rezonanţe comportamentale şi afective în personalitatea copilului cu mari influenţe în conturarea identităţii de sine.

Grupul terapeutic de dezvoltare şi optimizare personală poate fi definit ca o „întâlnire existentă între oameni" (Zinker), ce permite fiecăruia să se autodescopere şi să se autocreeze prin întâlnirea cu celălalt. Procesul insinuos al cunoaşterii de sine şi al dezvoltării personale se desfăşoară cu succes în cadrul grupului în care persoanele participante se simt în siguranţă, trăiesc sentimentul acceptării necondiţionate şi pe cel al încrederii, păstrării confidenţialităţii.

Realizarea unei bune coeziuni a grupului şi funcţionarea acestuia după nişte norme clar precizate, oferă membrilor posibilitatea realizării unei experienţe comune de transfigurare, de maturizare afectivă, cognitivă şi comportamentală.

Activitatea terapeutică desfăşurată într-un astfel de grup poate fi considerată o adevărată aventură creativă care provoacă insight-uri şi restructurări la nivelul personalităţii, favorizând astfel dezvoltarea oricărui individ, de la copil până la adult.

Grupul experienţial de dezvoltare personală este în acord cu trebuinţele dominante ale copilului şcolar mic: nevoia de comunicare, de interacţiune, de relaţionare interpersonală cu cei de o vârstă, de cunoaştere a propriei persoane. Acest interes pentru propria interioritate psihică se face simţit mai ales după

vârsta de 8-9 ani, când şcolarul mic e preocupat de gândurile, emoţiile şi sentimentele sale.

Grupul experienţial de optimizare şi dezvoltare personală vine astfel în întâmpinarea necesităţilor acestor copii, facilitându-le procesul de autodezvăluire, de autodepăşire.

Tehnicile expresive ce facilitează exteriorizarea pe căi diferite de cea verbală, accesibile vârstei, permit copiilor să experimenteze *„aici şi acum"* diferite probleme personale, beneficiind de insight-uri restructurante. Copiii îşi deblochează astfel, spontan, propriile resurse, le conştientizează şi devin astfel proprii constructori ai personalităţii lor. Ei descoperă pe cont propriu cum pot face faţă diferitelor situaţii de viaţă cu care se confruntă.

Tehnicile expresive răspund nevoii de acţiune, de concret şi mai ales trebuinţei de joc şi mişcare a şcolarului mic.

Ele crează copilului impresia că el nu vine la terapie, ci vine să se joace. Motivaţia pentru joc, deosebit de pregnantă la vârsta copilăriei, creşte gradul de participare autentică a copiilor în procesul terapeutic, beneficiul putând fi în multe situaţii maximal.

Trăirea unor stări afective pozitive, sentimentul unităţii cu ceilalţi membrii ai grupului sporesc curiozitatea şi dorinţa de implicare în trăirea de noi experienţe. Şi aceasta este cu atât mai puternică atunci când satisface şi nevoia de comunicare cu copii de aceeaşi vârstă, de confirmare şi stimulare în grup a asertivităţii, a importanţei personale pentru ceilalţi, a recunoaşterii capacităţilor personale şi a resurselor de care dispune fiecare. Grupul experienţial asigură toate acestea. El oferă în acelaşi timp posibilitatea de a adopta şi experimenta noi atitudini, conduite şi comportamente, fără teama de risc. În felul acesta copilul devine propriul său creator. El învaţă să se relaţioneze cu ceilalţi, să comunice. Îşi formează disponibilitatea de a primi şi oferi ajutor, fapt ce este urmat de creşterea autostimei prin capacitatea de a-i ajuta pe alţii.

Terapeutul poate folosi ca instrumente de provocare în terapia copilului: jocul, fantezia ghidată, metafora precum şi tehnici expresive: dramaterapia, mişcarea, dansul, desenul, colajul madelajul.

Acestea sunt *„vehicule"* cu ajutorul cărora se poate avea acces la fenomenologia interioară a copilului, provocându-se fenomene de detensionare emoţională, autodescoperire şi realizare a insight-urilor restructurante (I. Mitrofan, 1997).

Grupul de dezvoltare şi optimizare personală oferă copiilor posibilitatea conştientizării şi valorizării de sine, cu efecte pozitive în planul relaţiilor interumane. Terapia echivalează cu învăţarea strategiei de *„a lucra asupra sieşi"* şi de a se autoforma, autodezvolta în vederea unei optime adaptări. În felul acesta copilul nu numai că îşi optimizează comportamentul dar se

înzestrează cu deprinderea de autoanaliză, de [illegible] sa, fapt ce garantează adaptarea sa creativă în plan socio-moral, interpersonal şi spiritual.

Prezentăm în continuare un ghid metodologic privind lucrul cu copiii în grupul de dezvoltare personală.

Obiectiv:

Dezvoltarea şi optimizarea comportamentală a şcolarilor mici cu dificultăţi de integrare prin utilizarea metodelor experienţiale de grup, de tip gestalt expresiv-creativ.

Direcţii de acţiune:

1. Creşterea asertivităţii şi expresivităţii personale.
2. Activarea şi optimizarea capacităţilor de autocunoaştere, relaţionare şi comunicare interpersonală concomitent cu antrenarea empatiei.
3. Activarea resurselor creative.
4. Dezvoltarea coeziunii şi a dinamicii de grup

Selecţia participanţilor (descriere, criterii de selecţie):

Un număr de 12 copii (şase băieţi şi şase fete) din cadrul unei şcoli bucureştene au fost selectaţi pentru a participa în cadrul modulului de dezvoltare şi optimizare comportamentală, care a constituit baza experimentală a actualului ghid metodologic.

Limita numărului de copii a fost impusă de cerinţele de organizare a grupului de dezvoltare personală, psihoterapie care recomandă ca numărul maxim de membri să fie doisprezece. Au fost selectaţi, de la mai multe clase a IV-a acei copii care manifestau deficit de relaţionare şi integrare. Au fost aleşi opt copii care relaţionau foarte rar cu colegii lor, adesea izolându-se de ei şi patru copii cu un comportament dinamic, agresiv, turbulent. S-a optat pentru această proporţie din dorinţa de a forma un grup cu un climat echilibrat, detensionat, favorabil realizării unei bune comunicări. Un alt criteriu de selecţie a fost acela al deficitului de comunicare existent între copii şi părinţii acestora reieşit, din recomandările învăţătoarelor şi interpretarea testului familiei, aplicat iniţial unui lot de douăzeci şi patru de copii. De asemenea selecţia s-a realizat din mai multe clase în încercarea de a crea un grup nou, care să nu se construiască pe structuri grupale mai vechi. În felul acesta am permis copiilor să pătrundă într-un univers relaţional cu totul nou, neexplorat încă.

Etapele desfăşurării programului de dezvoltare personală şi interpersonală:

Ne-am propus aşadar validarea unui program de optimizare comportamentală a elevilor din ciclul primar, clasa a-IV-a, program realizat în spiritul metodelor experienţiale de grup, de tip gestalt creativ-expresiv.

- ***Pregătirea şi demarajul***

Programul de dezvoltare personală fiind aplicat copiilor a ridicat unele probleme de ordin organizatoric. De aceea **prima etapă** a acestuia a fost realizată pe parcursul a două săptămâni şi a constat în informarea direcţiunii şcolii şi a părinţilor cu privire la organizarea şi specificul acestui program, obţinând şi aprobarea realizării acestuia în şcoală. Aşadar, după realizarea selecţiei celor doisprezece copii am organizat o întâlnire cu părinţii acestora pentru obţinerea acordului de participare. Aceştia au fost informaţi cu privire la obiectivele programului ce urma a se desfăşura pe perioada primului semestru şcolar. S-a stabilit totodată şi care va fi programul întâlnirilor, durata lor, răspunzându-se în acelaşi timp la întrebările adresate de către părinţi. Au fost de asemenea împărţite fişe de evaluare ale programului şi explicate părinţilor condiţiile, cerinţele şi modalităţile de completare ale acestora.

Cea de-a **doua etapă** a programului a avut drept scop atingerea obiectivelor propuse.

Desfăşurarea întregului program a fost înregistrată pe casete video şi a inclus zece sesiuni de grup.

Locul desfăşurării programului a fost o sală special amenajată în şcoala care s-a transformat în spaţiu de siguranţă pentru copii şi loc de trăire a unor stări afective pozitive pe parcursul a aproape trei luni de zile.

Desfăşurarea celor zece sesiuni de optimizare comportamentală nu s-a realizat la întâmplare. Astfel în primele trei sesiuni s-a urmărit deblocarea şi motivarea copiilor pentru experienţa de grup, crearea unui climat securizant prin asigurarea cunoaşterii şi intercunoaşterii, gratificant afectiv care să permită ruperea tuturor „barierelor", diluarea rezistenţelor copiilor, punându-se bazele unei comunicări autentice. Pentru realizarea acestor deziderate s-au folosit cu precădere ca mijloace terapeutice: terapia prin joc şi mişcare, artterapia – tehnicile expresiv corporale răspunzând nevoii de mişcare a copiilor.

S-au pus astfel bazele coeziunii grupului.

În aceste condiţii următoarele sesiuni au permis utilizarea unor tehnici care au facilitat abilitarea pentru o mai bună comunicare, activarea şi optimizarea resurselor creative şi integrative, autoreglarea şi dezvoltarea personală, optimizarea comportamentului rezolutiv–creativ în grup,

promovarea cooperării şi autoafirmării, dezvoltarea şi exersarea capacităţilor empatice.

Copiii au beneficiat de efectele tehnicilor experienţiale de tip gestalt-expresiv: dramaterapia – jocul de rol, artterapia – modelaj, colaj, tehnică postural-sculpturală, povestire, terapie prin dans şi mişcare care le-au permis să experimenteze „aici şi acum" anumite trăiri, emoţii, sentimente, să se descopere, să-şi rezolve unele conflicte şi nu în ultimul rând să-i descopere pe ceilalţi, să înveţe din experienţa lor prin producerea fenomenului de „extensie a conştientizării de grup", să descopere împreună norme ce duc la o mai bună comunicare în cadrul grupului.

Exerciţiile suport pentru atingerea obiectivelor au avut în vedere îmbinarea pe cât posibil a cât mai multe metode şi tehnici experienţiale în mod flexibil. Astfel am încercat mai ales să îmbinăm tehnicile dramatice cu cele artterapeutice considerând că se obţine astfel un dublu beneficiu: experimentarea unor situaţii de viaţă, trăirea lor „aici şi acum" cât şi creşterea conştientizării de sine, realizându-se în final o experienţă de transfigurare, maturizare afectivă, cognitivă şi comportamentală.

Cea de-a treia şi totodată ultima etapă a programului a avut în vedere validarea rezultatelor obţinute pe lotul de copii selectat. S-au avut ca mijloace de validare patru modalităţi:

1. Analiza comparativă a desenelor realizate de copii „Afişul grupului" în a doua şi în ultima şedinţă, utilizându-se ca metodă observaţia cuantificată.
2. Analiza fişelor de evaluare a progreselor obţinute în urma programului de optimizare psihocomportamentală, completate de părinţi, calculându-se diferenţele semnificative ale unor parametri înregistraţi la începutul şi la sfârşitul programului.
3. Analiza progreselor înregistrate pe baza unei grile de observaţie a casetelor video, utilizându-se ca metodă observaţia cuantificată.
4. Analiza efectelor programului pe baza intervievării copiilor participanţi la experiment.

- ***Derularea programului de dezvoltare personală şi optimizare psihocomportamentală:***

Programul a urmat o structurare metodologică care să răspundă pas cu pas obiectivelor cercetării. Prezentăm rezultatele conform ghidului metodologic experienţial elaborat şi validat pe lotul de copii selectaţi.

PRIMA SESIUNE

Obiectivul sesiunii: Deblocarea şi motivarea pentru experienţa de grup.
Exerciţii suport pentru atingerea obiectivului:

- „**Exerciţiul numelui**"

a. Scopuri: - realizarea unei prime cunoaşteri a celorlalţi;
- eliminarea inhibiţiilor datorate primului contact interelaţional;
- trăirea unor stări afective pozitive.

b. Tehnica utilizată: jocul

c. Descrierea exerciţiului:

- Varianta A: Copiii sunt aşezaţi în picioare, în cerc. Terapeutul ţine în mână un ursuleţ de pluş. Fiecare participant, pe rând, va arunca ursuleţul unei persoane din grup şi-şi va spune numele. Cel care primeşte ursuleţul îl va arunca unei alte persoane şi asta până când se va afla numele fiecăruia.
- Varianta B: Aceeaşi aşezare. Fiecare, pe rând, va arunca ursuleţul unui membru al grupului şi acesta trebuie să-şi spună numele când primeşte ursuleţul.
- Varianta C: Aceeaşi aşezare. Aceleaşi cerinţe, numai că de data aceasta rostirea numelui va fi însoţită de o afirmaţie prin care fiecare trebuie să spună celorlalţi ce-i place cel mai mult: „Mă numesc… şi mie îmi place cel mai mult să...".

La acest exerciţiu participă şi terapeutul pentru a stabili o relaţie apropiată, securizantă cu copiii. Prezenţa sa are menirea de a sparge toate barierele care provoacă inhibiţia copilului şi de a asigura o bună desfăşurare a exerciţiului.

d. Efectele obţinute în urma aplicării exerciţiului:

S-a realizat un prim contact ce a facilitat familiarizarea cu ceilalţi, obţinându-se în acelaşi timp detensionarea copiilor. Scopurile au fost atinse.

- „**Exerciţiul salutului**"

a. Scopuri: - facilitarea libertăţii de manifestare;
- reducerea anxietăţilor, eliminarea inhibiţiilor, descărcarea tensiunilor;
- trăirea unor stări afective pozitive;

- realizarea unui contact verbal şi nonverbal (prin atingere corporală) între membrii grupului.

b. Tehnica utilizată: jocul

c. Descrierea exerciţiului:

- Partea I: Copiii sunt aşezaţi în cerc. Fiecare trebuie să propună fie verbal, fie nonverbal o modalitate de a-i saluta pe ceilalţi. Copiii se salută apoi între ei, utilizând formula propusă.
- Partea a II-a: Este luată spre experimentare, pe rând, fiecare formă de salut propusă anterior. Copiii se plimbă în spaţiul camerei şi atunci când se întâlnesc se salută conform modalităţii propuse.

d. Efectele obţinute în urma aplicării exerciţiului:

Detensionarea a avut loc. Copiii râd, se simt bine. Din mimica lor se poate desprinde faptul că sunt curioşi să afle ce se va întâmpla mai departe. Se înregistrează câteva contacte verbale, spontane între copii.

- **„Exerciţiu de mişcare"**

a. Scopuri: - crearea unei atmosfere de grup pozitive prin uniformizarea trăirilor afective;
- facilitarea începerii creării coeziunii de grup prin omogenizarea trăirilor pozitive.

b. Tehnica utilizată: terapia prin mişcare şi dans

c. Descrierea exerciţiului:

Copiii sunt aşezaţi în picioare, în cerc, ţinându-se de mână. Fiecare propune, pe rând, câte o mişcare. Mişcarea propusă este executată de către fiecare participant, urmând ca apoi să fie executată de toţi în acelaşi timp. Pe parcursul desfăşurării exerciţiului copiii trebuie să se ţină permanent de mâini.

Şi la acest exerciţiu a participat şi terapeutul pentru aceleaşi motive prezentate la exerciţiului 1.

Variantă: acelaşi exerciţiu pe fond muzical se transformă în dansterapie centrată pe identificare şi coeziune.

d. Efectele obţinute în urma aplicării exerciţiului:

Copiii au conştientizat faptul că în grup fiecare membru este acceptat, apreciat pentru ceea ce oferă el, pentru ceea ce este el.

De asemenea copiii au realizat faptul că li se oferă libertatea de manifestare, fără a fi condamnaţi, criticaţi pentru ceea ce ei propun, pentru ceea ce ei realizează.

S-au oferit şi s-au primit încurajări.

S-a realizat o atmosferă relaxantă, de voioşie şi bună dispoziţie pe baza unei implicări totale a tuturor participanţilor în activitatea dansterapeutică percepută de copii ca un joc veritabil.

Se remarcă un început de iniţiativă şi spontaneitate la doi copii.

- **„Exerciţiu pentru cunoaşterea celuilalt"**

a. Scopuri: - facilitarea interacţiunii interpersonale;
- exersarea capacităţii de exprimare, relatare a unor fapte în prezenţa celorlalţi, eliminarea tensiunilor;
- obţinerea unor informaţii mai complete despre ceilalţi;
- realizarea unei atmosfere deschise, securizante, propice comunicării autentice.

b. Tehnica utilizată: jocul şi jocul de rol.

c. Descrierea exerciţiului:

Aşezaţi în semicerc, pe scaune, copiii sunt împărţiţi în perechi faţă în faţă. Unul din fiecare pereche devine **A** şi celălalt **B**. Pentru cinci minute, **A** este reporter şi pune întrebări lui **B** încercând să afle cât mai multe informaţii despre acesta. Apoi, are loc inversarea rolurilor şi astfel **B** devine reporter iar **A** este cel care oferă informaţii.

În final fiecare prezintă celorlalţi informaţiile aflate despre partenerul său. Acesta din urmă are dreptul la sfârşit să ofere celorlalţi informaţii despre el, informaţii pe care consideră că ceilalţi ar trebui să le ştie.

Se permite celorlalţi să adreseze întrebări.

Nu se admit intervenţiile critice, acuzatoare. Ele sunt descurajate de terapeut utilizând ca metodă **jocul de rol**, specific psihodramei. Cel agresat este pus să joace rolul acuzatorului, în timp ce agresorul este pus să joace rolul victimei. Acestuia din urmă i se solicită să afirme cum se simte atunci când este bruscat, agresat verbal.

d. Efectele obţinute în urma aplicării exerciţiului:

Copiii au reuşit să se cunoască mai bine unii pe alţii. Au descoperit că au unele pasiuni comune. Au simţit faptul că sunt **acceptaţi** în grup fără condiţionare, sunt acceptaţi aşa cum sunt (beneficiu de „creştere" afectivă).

Exerciţiul a fost un bun prilej pentru ca fiecare copil să-şi sporească încrederea în forţele proprii, să-şi optimizeze implicit imaginea de sine, deoarece fiecare a prezentat celorlalţi ceva, timp în care toţi ceilalţi îl ascultau cu atenţie, dovedind respect şi acceptare.

S-a creat astfel un climat securizant, deschis care să permită, pe viitor, o comunicare autentică.

S-au pus bazele unei motivații pozitive pentru viitoarea participare la ședințele de grup.

A DOUA SESIUNE

Obiectivul sesiunii: Centrare pe relațiile afective și dezvoltarea empatiei;
Exerciții suport pentru atingerea obiectivului:

- **„Exercițiul numelui"**

a. Scopuri: - reamintirea numelor celor din grup;
- experimentarea diferitelor stări psihice și asocierea lor cu propriul nume;
- autoconștientizarea propriilor trăiri;
- exersarea capacităților empatice.

b. Tehnica utilizată: jocul, lucrul cu vocea și stările emoționale
c. Descrierea exercițiului:

Copiii sunt așezați în cerc în picioare. Fiecare, pe rând, își spune numele încercând să răspundă solicitărilor terapeutului. Acesta propune ca rostirea numelui să fie însoțită de o anumită stare pe care copiii trebuie să încerce să o trăiască. Astfel, terapeutul va cere fiecărui copil să-și rostească numele cu încredere. Are loc și o rostire a numelui realizată în același timp, asociată cu aceeași stare de către întreg grupul. Se experimentează rostirea numelui și în asociere cu următoarele stări: veselie, tristețe, curaj, teamă, umilință, mândrie.

d. Efectele obținute în urma aplicării exercițiului:

Copiii și-au putut reaminti numele colegilor lor. Mai important este faptul că prin acest exercițiu ei au avut posibilitatea să-și orienteze atenția spre propria persoană, să experimenteze anumite stări, să observe cum se simt în anumite situații pe care le trăiesc și le conștientizează, conform principiului de bază al terapiei experiențiale „aici și acum". Acest exercițiu a fost o primă încercare în cadrul grupului de a-l determina pe copil să-și observe propriile trăiri, să se concentreze asupra propriei persoane, condiție fundamentală pentru autodezvoltare.

În acest timp copiii au avut posibilitatea de a trăi împreună anumite stări, fapt care ar putea provoca în plan interior insighturi cu privire la normalitatea acestor procese: e firesc să fie trist, vesel, mândru, umil, fiecare poate trăi în anumite momente ale vieții sale astfel de stări. Este aplicat astfel un alt principiu de bază al terapiei experiențiale: activare–descoperire–deplasare către o problemă reală din viața individului.

Exercițiul a permis copiilor să observe timbrul vocii celorlalți care trădează sentimente de încredere, curaj, tristețe, mândrie, etc. Astfel ei au participat la un adevărat exercițiu de educare a capacităților empatice, având posibilitatea să experimenteze transpunerea personală în starea celuilalt. Este astfel exersată funcția cognitivă a empatiei. Identificarea stării celuilalt după o anumită sonoritate și timbru al vocii facilitează exersarea comunicării de tip empatic, cea care permite manifestarea unui comportament cooperant, de înțelegere reciprocă între parteneri.

Se pun astfel bazele unei bune comunicări interpersonale.

- **„Exercițiul salutului"**

a. Scopuri: - crearea unei stări de bună dispoziție, energizantă;
- facilitarea contactelor interpersonale verbale și nonverbale;
- exersarea capacităților empatice.

b. Tehnica utilizată: dramatizarea
c. Descrierea exercițiului:

Copiii se plimbă în spațiul camerei. Terapeutul cere acestora ca atunci când se întâlnesc să experimenteze diferite forme de salut: să se salute ca niște oameni obosiți, încrezători, supărați, fericiți, etc. Sunt permise atât reacțiile verbale cât și cele nonverbale.

d. Efectele obținute în urma aplicării exercițiului:

S-au obținut din nou aceleași efecte descrise la exercițiul anterior: conștientizare a propriilor trăiri, observarea reacțiilor externe ale celorlalți aflați sub imperiul experimentării anumitor stări psihice (fericire, supărare, sentimente de încredere în sine, etc.) și deci exersarea capacităților cognitiv comunicaționale empatice.

Copiii au interacționat unii cu alții, iar rolurile pe care le-au avut de interpretat i-au dus la trăirea colectivă a unor stări afective pozitive care au deschis canalele de comunicare între membrii grupului. S-au pus bazele coeziunii de grup.

- **„Lupta cu obstacolul"**

a. Scopuri: - exersarea disponibilității de a primi și oferi ajutor;
- creșterea autostimei prin capacitatea de a-i ajuta pe alții;

- creşterea autoafirmării şi cooperării;
- conştientizarea propriilor trăiri;
- antrenarea empatiei în relaţiile interpersonale.

b. Tehnica utilizată: jocul

c. Descrierea exerciţiului:

Copiii sunt aşezaţi în cerc, ţinându-se de mână. Unul dintre ei iese din cerc şi se aşează cu spatele la ceilalţi, timp în care aceştia, fără a da drumul la mâini, trebuie să se combine, să se aranjeze în aşa fel încât copilului din afara grupului să-i fie cât mai greu să refacă unitatea cercului.

d. Efectele obţinute în urma aplicării exerciţiului:

S-a creat o atmosferă de bună dispoziţie, facilitată mai ales de situaţia amuzantă în care sunt puşi copiii: o rupere rapidă a unităţii cercului, o *„construcţie spontană"* din corpurile lor, a unei dimensiuni fără nume în care spaţiul personal e încălcat, poziţia incomodă este resimţită de către toţi participanţii. Şi cu toate acestea copiii sunt fericiţi pentru că ei se simt uniţi, se simt puternici, iar construcţia rapidă a ceea ce ei şi-au propus le-a oferit satisfacţie în foarte scurt timp.

Perspectiva recăpătării confortului personal îi face să nu fie ostili faţă de adversar (cel ce are sarcina de a reface unitatea cercului), primind ca pe o adevărată binecuvântare orice reuşită a acestuia.

Au fost situaţii când *„încurcăturile"* s-au complicat şi mai tare, fapt care a stârnit cascade de râs.

Buna dispoziţie a dus la un început de formare a coeziunii şi unităţii grupului. Au fost situaţii când protagoniştii au trebuit să fie stimulaţi de către terapeut pentru a oferi ajutor. Spontaneitatea interrelaţionării în grup nu s-a obţinut până la acest nivel al desfăşurării întâlnirilor de grup. Copiii au conştientizat însă cât de important este să se ajute unii pe alţii. Ei au înţeles că în acest fel satisfacţia este resimţită atât de cel ce oferă ajutorul (creşterea autostimei) cât şi de cel ce primeşte ajutorul (reducerea tensiunilor, anxietăţilor, sentimentelor de neputinţă în lupta cu obstacolul, trăirea sentimentelor de satisfacţie o dată cu *„câştigarea bătăliei"*).

În timpul confruntării cu obstacolul, protagonistul a fost condus de către terapeut spre conştientizarea propriilor sentimente, trăiri în faţa greutăţilor. Astfel, prin răspunsurile la întrebările terapeutului: „Cum te simţi", „Ce părere ai?", „Ce ai dori să faci acum?" s-au produs două fenomene esenţiale. Pe de o parte cel în cauză era dirijat spre observarea a ceea ce se petrece în interiorul său *„acum"* când este pus într-o situaţie dificilă, iar, pe de altă parte, verbalizând ceea ce a descoperit în interiorul fiinţei sale făcea cunoscut celorlalţi ceea ce simte el, tensiunile, neliniştile sale. Astfel toţi ceilalţi copii au avut ocazia ca într-un mod indirect să se transpună în situaţia celuilalt, să compare modul în care cred ei că s-ar simţi dacă ar fi în locul protagonistului

cu ceea ce simte, în mod real acesta. A fost posibilă astfel apariţia unui fenomen de empatizare, reflectat în ofertele de suport comprehensiv şi faptic pentru protagonist. Efectul a fost implicarea tuturor copiilor în „lupta cu obstacolul", în refacerea unităţii cercului. S-a înfăptuit astfel şi cooperarea între toţi membrii, realizându-se chiar manifestarea unităţii grupului în faţa dificultăţii.

Au fost înregistrate nenumărate situaţii de autoapreciere pozitivă datorită soluţiilor propuse, datorită ajutorului oferit, urmată implicit de o creştere a autostimei, de o creştere a imaginii de sine, de o întărire evidentă a încrederii în propriile capacităţi. A fost înlăturată, prin utilizarea jocului de rol, orice încercare de agresare verbală a celuilalt. Cei în cauză au fost puşi în condiţiile opririi temporare a jocului şi dirijării atenţiei tuturor asupra lor, să joace rolurile opuse (de agresor şi agresat), să conştientizeze stările neplăcute datorate situaţiei interrelaţionale conflictuale. Astfel, prin descoperire, copiii au ajuns la conştientizarea efectelor benefice ale unei interrelaţionări neconflictuale în cadrul grupului, a unei interacţiuni bazate pe o înţelegere empatică a celuilalt, pe un climat tolerant, de respect mutual. Copiii au aderat la aceste norme de comunicare în grupul lor promovând mereu: respectul, înţelegerea, ajutorul reciproc, comunicarea verbală şi nonverbală nonagresivă.

S-a remarcat o participare totală, deplină a tuturor copiilor în cadrul acestui exerciţiu. Aceasta demonstrează faptul că plăcerea jocului resimţită de toţi copiii a dus la uniformizarea trăirilor afective pozitive.

- **„<u>Sculpturi din corpuri umane</u>"**

a. Scopuri:
- focalizarea atenţiei asupra propriului corp;
- conştientizarea conexiunilor dintre unele reacţii fiziologice şi trăirea anumitor stări psihologice;
- conştientizarea grupului ca întreg şi întărirea sentimentului de apartenenţă la grup;
- focalizarea întregului grup pe rezolvarea în comun a unei sarcini;
- facilitarea contactelor verbale şi nonverbale.

Scop metodologic:
- observarea gradului de coeziune a grupului până în acest moment al desfăşurării programului terapeutic.

b. Tehnica utilizată: metafora corporală – tehnica „sculpturală" a posturii.

c. Descrierea exerciţiului:

Varianta A: Copiii se plimbă în spaţiul camerei. La semnalul terapeutului ei trebuie să se oprească din mers şi să realizeze din corpul lor o

statuie. Apar astfel în cameră douăsprezece *„statui umane"* care au sarcina de a-şi orienta atenţia spre propriul interior pentru a-şi observa reacţiile fiziologice şi trăirile, gândurile. Pe rând, fiecare statuie *„capătă darul vorbirii"* şi verbalizează starea ei interioară.

Varianta B: Participanţilor li se cere să construiască din corpurile lor un grup statuar. Terapeutul permite desfăşurarea contactelor verbale şi nonverbale între membrii grupului în vederea rezolvării sarcinii primite.

d. Efectele obţinute în urma aplicării exerciţiului:

Au fost realizate conştientizări ale propriilor trăiri realizându-se corelaţii între stările fiziologice şi stările psihologice: *„Sunt trist pentru că sunt foarte încordat"*, *„Sunt vesel, sunt puternic pentru că stau de parcă aş boxa"*. Exerciţiul a permis, din nou, antrenarea capacităţilor de autoexplorare şi autoconştientizare.

Punerea în situaţii „paradoxale" pentru copii: a fi statuie şi a avea viaţă, a creat acestora imaginea desfăşurării unui joc, ceea ce a determinat o maximă participare, fiecare simţindu-se gratificat emoţional.

Confruntarea cu o problemă comună a tuturor participanţilor a condus la sporirea numărului interacţiunilor verbale şi nonverbale. S-au exprimat idei, s-au afirmat opinii. S-a manifestat spiritul cooperant. Au existat manifestări de tolerare a unor comportamente de asertivitate a unor copii. S-a ajuns la o selecţie finală care s-a dovedit a fi mulţumitoare pentru toţi participanţii. Au existat remarci pline de umor la adresa *„producţiei de grup"*. Atmosfera a fost de voioşie şi bună dispoziţie chiar dacă unii s-au implicat mai mult iar alţii mai puţin, fapt care ne îndreptăţeşte să credem că a sporit cu ajutorul acestui exerciţiu coeziunea grupului. Acesta este beneficiul cel mai important – faptul că şi-au demonstrat unii altora că pot comunica ca un întreg, ca o totalitate, fără a se agresa unii pe alţii, manifestând comportamente de toleranţă, înţelegere, apreciere a celorlalţi.

Astfel, grupul se afirmă încă o dată ca un spaţiu securizant, de acceptanţă necondiţionată a fiecăruia.

Grupul statutar este o metaforă a coeziunii grupului care începe să se dezvolte.

Interpretând metafora, am putea spune că ea exprimă dorinţa copiilor de a fi împreună, de a găsi suport emoţional unul în celălalt, de a învăţa, de a *„creşte"*, de a se dezvolta împreună. Metafora este o dovadă a speranţei pe care copiii şi-o pun în acest grup, speranţa găsirii liniştii personale, rezolvării conflictelor personale, trăirii unor clipe plăcute, gratificante.

- **„Afişul grupului"**

a. Scopuri:
- creşterea gradului de coeziune a grupului prin centrarea pe o sarcină comună;
- trăirea unor stări afective pozitive;
- manifestarea liberei iniţiative;
- facilitarea comunicării verbale şi nonverbale;
- exersarea şi optimizarea capacităţilor de relaţionare.

Scop metodologic (diagnostic experienţial):
- observarea gradului de coeziune a grupului realizat până în momentul desfăşurării acestui exerciţiu exprimat metaforic în desen; evidenţiat de înregistrarea video care surprinde relaţiile interrelaţionale dintre copii.

b. Tehnica utilizată: artterapia, desenul ca tehnică expresivă.

c. Descrierea exerciţiului:

Copiii sunt aşezaţi în jurul unei mese. Pe masă se află o bucată de carton mare, albă, creioane colorate.

Toţi copiii contribuie la realizarea desenului colectiv cu tema „grupul nostru".

Este descurajată orice intervenţie critică, acuzatoare. Sunt încurajate cooperarea, întrajutorarea.

După realizarea afişului copiii trebuie să-i găsească un titlu.

Terapeutul apreciază pozitiv, în finalul exerciţiului, rezultatul muncii copiilor, gratificând verbal comportamente care au facilitat o bună comunicare.

În final este realizată o discuţie cu toţi participanţii pe tema munca în grup, subliniindu-se avantajele acesteia precum şi condiţiile favorizante ei.

d. Efectele obţinute în urma aplicării exerciţiului:

S-a remarcat o uşoară inhibiţie, o întârziere în începerea activităţii, fapt absolut normal deoarece experienţa comună a membrilor grupului este destul de redusă.

S-au remarcat unele comportamente asertive, de luare a deciziilor şi o tendinţă de dirijare a celorlalţi, la doi dintre participanţi (Iustin şi M.). Tendinţele agresive au fost temperate de către terapeut care a atras de partea sa întregul grup, impunând un comportament cooperant, care să ofere însă libertatea de exprimare a fiecărui copil. Cei doi au aderat şi ei la aceste tipuri de manifestări.

Au apărut unele rezistenţe concretizate în întârzierea începerii propriului desen şi observarea atentă a celorlalţi membrii ai grupului. Această rezistenţă a fost explicată de chiar subiecţii în cauză, că se datorează faptului că „nu ştiu cum să deseneze un om". A apărut astfel teama inconştientă de a nu fi ridiculizat, de a nu fi criticat. Terapeutul, atrăgând grupul de partea sa, a reuşit

să îi deblocheze pe cei trei copii care au primit încurajări din partea celorlalți pentru a desena *„așa cum pot ei"*.

S-au manifestat comportamente cooperante.

Prin deblocarea lor s-a produs spargerea rezistențelor mai mari sau mai mici instalate și la nivelul celorlalți copii. Cu toții au conștientizat din nou caracterul securizant al grupului, bazat pe înțelegere, cooperare, suport emoțional, stimulator pentru relaționările interpersonale, pentru libertatea de manifestare a fiecăruia.

S-a produs astfel, ceea ce gestaltiștii consideră a fi un principiu de bază în manifestarea proceselor de grup-gestalt, „extensia conștientizării de grup".

Descoperirea unui climat de acceptanță, securizant pentru propria persoană s-a obiectivat în reacțiile spontane prin care copiii au atribuit nu un singur titlu ci mai multe afișului lor, și în discuțiile libere, intervențiile spontane ale majorității membrilor grupului cu privire la temă: munca în grup.

Copiii au conștientizat că pentru a reuși o activitate în grup trebuie să existe înțelegere, cooperare și întrajutorare, respect și acceptare a celuilalt. Se poate spune că au descoperit împreună unele norme ce duc la o bună comunicare în cadrul grupului. (v. note - desenul 65).

A TREIA SESIUNE

Obiectivele sesiunii: Cunoaștere și intercunoaștere;
Coeziune și creativitate.

Exerciții suport pentru atingerea obiectivelor:

- **„<u>Exercitiul confruntării cu o situație dificilă</u>"**

a. Scopuri: - trăirea sentimentelor de apartenență la grup;
- experimentarea frustrării determinată de sentimentul respingerii prin nonapartenență la grup;
- autoperceperea gândurilor și sentimentelor într-o situație dată;
- confirmarea și stimularea în grup a asertivității;
- facilitarea relaționării și creșterea coeziunii grupului;
- trăirea unor stări afectiv-motivaționale pozitive;
- autodezvăluirea unor trăsături caracteriale.

b. Tehnici utilizate: terapia prin joc

c. Descrierea exercițiului:

Varianta A: Un copil se oferă voluntar pentru a fi protagonistul acestui exercițiu. Ceilalți alcătuiesc un cerc ținându-se strâns de mâini. Protagonistul stă în centrul cercului și va trebui să încerce să iasă din cerc. Se formează astfel două tabere inegale din punct de vedere al forțelor.

Varianta B: Protagonistul se află de data aceasta în afara cercului.

În acest exercițiu toți componenții grupului vor experimenta rolul protagonistului și vor fi ghidați de terapeut spre conștientizarea propriilor trăiri, gânduri în timpul confruntării cu *„obstacolul"*.

Terapeutul încearcă să mobilizeze grupul pentru a oferi suport, încurajări verbale celui care încearcă să-și soluționeze problema actuală.

d. Efectele obținute în urma aplicării exercițiului:

Exercițiul a pus, prin cerința sa, copilul într-o situație problemă. De aceea reacția copilului poate fi considerată o proiecție a propriului mod de a acționa, a se comporta în viața reală atunci când se confruntă cu o situație conflictuală.

Prin aplicarea tehnicii de focalizare pe propria persoană, terapeutul l-a provocat pe copil la un comportament de autorecunoaștere, de autoconștientizare a propriilor modalități de a acționa. Acesta a avut prilejul astfel să observe dacă acțiunile sale sunt eficace sau nu. I s-a oferit, de asemenea, posibilitatea de a adopta și experimenta noi atitudini, conduite și comportamente într-un context în care teama de risc nu poate fi invocată.

Așadar, pe lângă o autoconștientizare și autodezvăluire a propriilor căi de a acționa, a avut loc și un proces de evaluare a acestora, de învățare, descoperire de noi modalități de acțiune.

Astfel copilul este singurul care acționează asupra sa, încercând să se schimbe în vederea unui comportament adaptativ mai bun. În acest mod copilul devine responsabil pentru propria dezvoltare și este pus în aplicare și respectat un alt principiu care stă la baza proceselor de grup experiențiale: folosirea experimentului de grup de către un lider care se implică.

Verbalizând strategiile lui de acțiune, protagonistul a oferit celorlalți participanți ocazia de a-și compara propriile strategii de abordare a unei probleme cu ale lui. În felul acesta copiii și-au putut restructura, și în mod indirect, anumite modalități de acțiune în situații dificile, învățând, preluând câte ceva de la ceilalți. Apoi au avut ocazia să-și experimenteze vechile și noile achiziții. S-au produs astfel insight-uri la nivelul conștiinței fiecărui participant.

Au experimentat atât sentimentul plăcut al apartenenței la grup care inspiră siguranță, încredere în sine cât și sentimentul frustrant al respingerii, al deznădejdii ca rezultat al confruntării pe cont propriu cu obstacolul.

Exercițiul a permis trăirea unor stări de mobilizare, de autoreîntărire a încrederii în sine care i-au permis fiecăruia să învingă obstacolul, precum și

trăirea sentimentelor de satisfacție create de doborarea obstacolului. S-a asigurat astfel, de fiecare dată, gratificarea comportamentului.

S-a creat o adevărată cooperare între membrii grupului pentru a oferi susținere, încurajare fiecărui participant. Au trăit împreună bucuria reușitei creându-se astfel o adevărată unitate de simțire a grupului.

În urma acestor exerciții au crescut spontaneitatea, calitatea relaționării, autenticitatea și coeziunea grupului.

- **Grup statutar „Mașina umană"**

a. Scopuri: - facilitarea contactelor interpersonale;
- declanșarea unor trăiri afective pozitive;
- creșterea autoafirmării și cooperării;
- creșterea coeziunii grupului;
- stimularea resurselor creative.

b. Tehnica utilizată: jocul simbolic (metafora posturală)

c. Descrierea exercițiului:

Copiii trebuie să construiască împreună, din toți membrii grupului o „mașină umană" care să aibă șase picioare pe pământ și două mâini.

În ridicarea acestei construcții trebuie să se implice toți participanții.

d. Efectele obținute în urma aplicării exercițiului:

Sarcina fiind destul de grea la o primă vedere, a solicitat multe discuții și încercări de ridicare a construcției. Pentru copii a fost un bun prilej de interacțiune, de afirmare a propriilor idei, opinii. De asemenea procesul creării „mașinii" a determinat apariția a numeroase situații hazlii care au produs bună dispoziție în rândul participanților. Terapeutul a stimulat comportamentele cooperante, tolerante și a moderat apariția oricărui comportament agresiv. Au fost încurajați de către terapeut să-și afirme ideile și copiii mai timizi, și cei cu tendințe de manipulare. De asemenea copiii au fost susținuți în exprimarea unui număr cât mai mare de idei, de soluții. Au fost astfel stimulate și resursele creative.

În procesul de construcție toți copiii au trăit aceleași sentimente de frustrare și gratificare realizând astfel o unitate a grupului la nivelul planului afectiv. Satisfacția a fost foarte mare atunci când au reușit să ridice „o mașină umană" care să respecte cerințele impuse.

În final copiii au conștientizat și verbalizat alte efecte pozitive ale muncii în grup: *„Am participat toți"*; *„În grup dacă participă toți apar cât mai multe idei"*; *„Cu cât sunt mai multe idei cu atât este mai bine pentru că avem de unde alege"*.

Acest exercițiu i-a apropiat din nou pe copii, i-a făcut să se simtă bine împreună. S-a amplificat astfel dorința de a fi împreună, de a se întâlni și a-și petrece timpul împreună. Aceasta este o dovadă a faptului că a crescut coeziunea grupului.

A PATRA SESIUNE

Obiectivul sesiunii: Activarea și optimizarea resurselor creative și integrative.
Exerciții suport pentru atingerea obiectivelor:

- **„Exercițiu de mimodramă"**

a. Scopuri: - stimularea expresivității verbale și nonverbale;
- antrenarea capacităților empatice;
- trăirea unor stări afective pozitive.

b. Tehnica utilizată: terapia prin mișcare

c. Descrierea exercițiului:

Terapeutul propune copiilor să formeze un cerc. Fiecare, pe rând, va trebui să prezinte celorlalți starea lui de moment, utilizând mimica și pantomima. Pentru a oferi timp de gândire participanților și pentru a face exercițiul mai antrenant se propune ca exteriorizarea unei stări să se facă după două bătăi din palme realizate în același timp de toți membrii grupului. Copiii trebuie să identifice starea protagonistului. După mai multe încercări de recunoaștere sau după identificarea corectă a stării, toți participanții încearcă să imite mimica, gestica protagonistului și să trăiască starea acestuia.

d. Efectele obținute în urma aplicării exercițiului:

Exercițiul a oferit copiilor posibilitatea de a se transpune într-un mod substitutiv în starea celuilalt. Ei au experimentat o anumită stare și au asociat-o cu o anumită expresivitate corporală.

Exercițiul a oferit copiilor posibilitatea realizării unui antrenament empatic dirijat care a avut avantajul validării unei experiențe empatice sigure, de calitate și într-o unitate de timp scurtă.

De asemenea caracterul antrenant al exercițiului a favorizat manifestarea spontaneității și inițiativei. Faptul că soluțiile și propunerile venite din partea copiilor apar în mod spontan, fără intervenția terapeutului, dovedește că aceștia se simt bine în grup, îl consideră un spațiu de siguranță ce permite libertatea propriei manifestări. Toate acestea dovedesc și o coeziune crescută a grupului.

A fost antrenată şi exersată capacitatea de observare atentă a comportamentului celuilalt. Copiii au conştientizat faptul că pot să afle multe despre celălalt numai urmărindu-i mimica, gestica, postura. Ei au ajuns la concluzia că atunci când identifici corect starea celuilalt ştii cum să comunici cu el astfel încât să obţii o bună relaţionare.

- **„Exerciţiu de creaţie"**

a. Scopuri: - stimularea expresivităţii şi creativităţii;
- dezvoltarea capacităţii de a oferi suport comprehensiv, empatic, stimulativ în relaţiile interpersonale;
- confirmarea şi stimularea în grup a asertivităţii, a importanţei personale pentru ceilalţi;
- realizarea proceselor de provocare şi proiecţie cu scopul producerii insighturilor restructurante.

b. Tehnici utilizate: - modelaj în plastilină – tehnică artterapeutică;
- povestirea – tehnică experienţial–expresivă.

c. Descrierea exerciţiului:

Copiii modelează în plastilină diferite obiecte. Realizează apoi o povestire cu elementul construit. Se realizează şi o povestire colectivă care cuprinde toate construcţiile realizate de ei.

În final se prezintă impresiile referitoare la modul în care au lucrat în cadrul acestui exerciţiu, învăţămintele desprinse în urma desfăşurării exerciţiului.

d. Efectele obţinute în urma aplicării exerciţiului:

În prima parte a exerciţiului nu s-au înregistrat blocaje. Fiecare copil a început să lucreze imediat după ce i s-a spus ce trebuie să facă.

S-a manifestat comportamentul cooperant, de întrajutorare, copiii dovedindu-se foarte implicaţi în a oferi sprijin celorlalţi, mai ales doi dintre ei (A şi N).

Modelajul în plastilină a oferit copiilor libertatea de expresie. Ei au modelat ceea ce au vrut, ceea ce s-au priceput să modeleze. Temele au fost alese în funcţie de dorinţele şi trebuinţele lor de manifestare. Implicarea tactică dar şi kinestezică a răspuns nevoii lor de acţiune, de mişcare.

Crearea unei povestiri pe baza elementului modelat a ridicat însă unele probleme emoţionale şi blocaje în cazul unor copii. Aceasta s-a datorat probabil şi faptului că era prima oară când trebuiau să prezinte celorlalţi verbal activităţile lor. La doi copii a fost nevoie ca terapeutul să mai acorde timp de gândire, trecând între timp la solicitarea altor copii. Exprimarea greoaie, lipsa

de fluenţă şi, uneori, chiar incoerenţa, sunt o dovadă a gradului ridicat de emotivitate pe care l-au avut copiii.

Dar se poate considera că exerciţiul a avut un efect benefic pentru copii, finalizându-se cu reuşita verbalizării poveştii de către fiecare. O contribuţie importantă a avut-o grupul prin comportamentul său comprehensiv şi stimulativ. Gratificările exprimate prin aplauze după fiecare povestire au adus un sentiment de mulţumire personală fiecărui copil, de creştere a autostimei.

Pentru unii copii atât modelarea în plastilină cât şi povestirea au constituit un bun prilej de descărcare emoţională, de proiecţie a propriilor nevoi, trebuinţe.

Punerea în comun a elementelor modelate şi introducerea lor într-o singură povestire a creat din nou sentimentul apartenenţei la grup, de dezvoltare a capacităţii de a oferi suport comprehensiv, empatic, stimulativ în relaţiile interpersonale.

Copiii s-au simţit mulţumiţi pentru că au reuşit să facă o povestire împreună, pentru că au spus glume, pentru că fiecare a avut posibilitatea de a-şi exprima propria opinie. Ei au apreciat faptul că au putut coopera şi s-au putut inspira din ideile celorlalţi.

Au conştientizat că au învăţat cum să muncească în grup, să se respecte unii pe alţii, să se ajute, să facă schimb de idei.

Exprimarea individuală, dar şi posibilitatea de exprimare colectivă oferită de tehnicile artterapeutice utilizate au răspuns unor nevoi oarecum paradoxale ale copiilor. Pe de o parte a fost satisfăcută, prin procesul de creaţie, trebuinţa de valorizare, de recunoaştere a capacităţii lor personale, şi pe de altă parte nevoia de identificare cu grupul, de omogenizare a performanţelor care menţin sentimentul de securitate, de acceptanţă necondiţionată a propriei persoane de către restul grupului.

A CINCEA SESIUNE

Obiectivul sesiunii: Abilitarea pentru o mai bună comunicare în general şi cu părinţii în special.

Exerciţiul suport pentru atingerea obiectivului:

a. Descriere:

Acesta este un exerciţiu de vizualizare. Terapeutul cere copiilor să-şi găsească o poziţie comodă, să închidă ochii şi să-şi imagineze ceea ce le spune el. Pe un fond de relaxare, terapeutul induce copiilor un mic scenariu în care aceştia se proiectează în viitor, cam la vârsta părinţilor lor, având în grijă un

copil de 10 ani (v. vârsta copiilor de clasa a IV-a) care într-un cadru ce a fost ales de fiecare în parte, manifestă un comportament care îi supără/deranjează. Trebuind să răspundă la întrebarea „Oare ce să fac? Cum să mă port cu copilul meu acum?", participanții au posibilitatea să-și creeze propriul scenariu de intervenție educativă pentru copilul neastâmpărat. La revenirea din relaxare, sunt invitați să-și imagineze că, în mod miraculos, copiii devin și în realitate „părinți".

„Acum voi sunteți părinții din vis. Ați venit la o întâlnire cu alți părinți să le spuneți ce vi s-a întâmplat și cum v-ați gândit să rezolvați problema cu părinții." Se introduce astfel dramatizarea terapeutică.

Fiecare copil prezintă celorlalți visul său. Apoi fiecare își va juca propriul rol din „vis". După interpretarea spontană a „visului", terapeutul, utilizând ca tehnică interogația-ghid, cere fiecărui protagonist să verbalizeze ce a simțit atunci când a jucat rolul, ce crede că a simțit celălalt. La această analiză pot interveni, reacționând într-un mod empatic și ceilalți copii.

Este permisă și inversarea rolurilor și jucarea pe baza aceluiași scenariu a altor tipuri temperamentale și caracteriale ale personajelor.

b. Tehnici utilizate: metafora terapeutică
dramaterapia (jocul de rol)

c. Efecte obținute în urma aplicării exercițiului:

Exercițiul a permis copiilor să-și orienteze din nou atenția asupra propriei persoane, să-și autoperceapă propriile simțiri, propriile gânduri, ca și pe cele ale „rolurilor" parentale introiectate sau dezirabile.

Prin jocul de rol s-a putut înfăptui o transpunere substitutivă în psihologia unui personaj realizându-se astfel un proces de formare a copiilor în scopul înțelegerii altora.

Prin dramatizare, copiii au experimentat noi atitudini, conduite și comportamente, fără teamă de risc.

Au descoperit prin autoinspectare și prin analiza altora care sunt mecanismele ce acționează în cadrul comunicării dintre oameni. Au conștientizat factorii care au facilitat o bună comunicare și care au fost cei care au dus la o comunicare tensionată și chiar la întreruperea acesteia (dacă așteptările nu coincid se ajunge la conflict: minciuna, obrăznicia în relațiile părinți – copii duc adesea la conflict).

Au perceput diferite raporturi de comunicare existente între părinți și copii.

S-au experimentat astfel conflicte intra și interpersonale, precum și aspirații, dorințe și așteptări, deoarece jocul de rol a determinat realizarea fenomenelor de provocare și proiecție la nivelul fiecărui individ. S-au produs astfel descărcări emoționale și insighturi restructurante.

S-a realizat în acest mod o experiență comună de transfigurare, de maturizare afectivă, cognitivă și comportamentală.

Exercițiul a permis nenumărate situații de exprimare a propriilor opinii fapt care a dus la creșterea autonomiei, la valorizarea și recunoașterea capacităților personale și a resurselor de care dispune fiecare.

S-a exersat și expresivitatea verbală. Acceptarea opiniilor, a diferențelor dintre ele, inexistența criticii a dus la creșterea cursivității și coerenței verbale. care a avut drept urmare și ea sporirea asertivității.

Atmosfera degajată, implicarea totală a copiilor, interpretarea cu umor a diferitelor roluri a determinat strângerea și mai puternică a relațiilor existente între membrii grupului.

A ȘASEA SESIUNE

Obiectivul sesiunii: Optimizarea comportamentului rezolutiv creativ în grup.
Exercițiul suport pentru atingerea obiectivelor:

a. Descriere:

Copiii au la dispoziție hârtie glasată, hârtie creponată, lipici, globuri pisate, etc. Terapeutul le cere să realizeze cu aceste materiale o lucrare comună. Tema trebuie să și-o stabilească ei.

După realizarea temei, fiecare copil trebuie să-și aleagă un element din lucrare și să încerce să se identifice cu el (metafora terapeutică). Copilul protagonist trebuie să verbalizeze cum se simte în pielea acelui element, ce-și dorește el; are dreptul să-și modifice poziția, să comunice dacă vrea cu orice alt element de pe planșă. Grupul va încerca să satisfacă doleanțele protagonistului și chiar să intre în dialog cu el, utilizându-se astfel jocul de rol.

Grupul va da în final un titlu lucrării sale.

b. Tehnici utilizate: - arterapia – tehnica colajului;
- dramaterapia – jocul de rol;
- metafora terapeutică.

c. Efectele obținute în urma aplicării exercițiului:

Copiii au putut experimenta fenomenul luării deciziei în cadrul unui grup informal. Ei au descoperit că e bine să se propună întâi cât mai multe teme, după care să aleagă una astfel încât să satisfacă doleanțele întregului grup.

Exercițiul a oferit posibilitatea exercitării unor relații de cooperare și întrajutorare. S-a remarcat chiar prezența frecventă a acestor tipuri de

manifestări. A existat o permanentă comunicare verbală şi nonverbală între membrii grupului, crescând vertiginos numărul iniţiativelor verbale.

Orice tentativă de agresare a celuilalt, lucru destul de firesc datorită caracteristicilor de vârstă, a fost reprimată de data aceasta nu de terapeut, ci de copiii din grup, fapt ce demonstrează însuşirea unor norme de comunicare optimă, existenţa sentimentului de respect şi apreciere a celuilalt.

Exerciţiul a permis copiilor libertatea de manifestare, stimularea potenţialului creativ, exersarea expresivităţii nonverbale.

S-au realizat din nou fenomene de proiecţie şi exprimare emoţională în condiţiile în care fiecare copil s-a identificat cu un element. S-au produs dezvăluiri şi insight-uri în urma unor intervenţii dramaterapeutice.

Deosebit de relevant este cazul Otiliei.

T: „Tu, cine eşti, aici în colaj?"
O: „Globuleţul."
T: „Cum te simţi, tu, globuleţule?"
O: „Bine. În aer mă legăn de crenguţa bradului."
T: „Ce vezi tu de acolo de sus?"
O: „Cadourile jos şi văd când vine Moş Crăciun."
T: „Ce simţi când vine Moş Crăciun?"
O: „Vreau să-l rog să-mi aducă nişte prieteni lângă mine, alte globuri." *(Transpare aici dorinţa Otiliei de a nu fi singură, de a primi compania celorlalţi. Tot aici iese la iveală strategia maladaptativă a Otiliei: îmi doresc prieteni, dar nu îi caut eu, aştept să vină ei la mine: „să-mi aducă Moş Crăciun".)*
T: „Păi atunci, Moş Crăciun o să-ţi îndeplinească dorinţa. Nu-i aşa?" *(Terapeutul se adresează grupului şi la îndemnul său copiii vin, transpunându-se în rolul globurilor şi se aşează în jurul Otiliei - transpunere dramatică de efect în reducerea sentimentului de izolare.)*
O: „Mă simt bine. Sunt veselă că sunt aproape de mine." *(Are loc conştientizarea stării emoţionale create de prezenţa celorlalţi.)*
T: „Ce-ai dori să faci acum?"
O: „Să le întreb de unde au venit."
Copiii *(spontan)*: „Ne-a adus Moş Crăciun."
O: „Şi să le povestesc cum am ajuns eu aici."
T: „Ia povesteşte-le!"
O: „Pe mine m-au luat părinţii copiilor din magazin, am stat un an sus, pe dulap, în cutie şi anul acesta m-au dat jos şi m-au agăţat din nou în pom." *(vorbeşte despre ea simbolic, în ipostaza de glob.)*
T *(către celelalte globuri)*: „Voi vreţi să o întrebaţi ceva?"
Copiii: „Cum te-ai simţit acolo în brad?"

O: „Singură. Eram cu beteala lângă mine, dar nu puteam să discut atâtea cu ea. Eu vorbesc mai bine cu globuleţele."
Copiii: „Cum ai putut să stai în brad singură, fără să vorbeşti cu nimeni?"
O: „Am suportat."
T: „Călin, te rog să te îndepărtezi puţin de ceilalţi. Tu eşti globuleţ acum, eşti singur în pom. *(se transpune)* Ce simţi?"
C: „Mă simt tot singur, trist şi aş dori un prieten."
T: „Ce-ai vrea să faci?"
C: „Să merg să-l găsesc."
T: „Moş Crăciun, cu bagheta lui magică, îţi dă putinţa de a pleca, de a-ţi alege singur locul. Ce-ai face acum?"
C: „M-aş duce la ceilalţi (se duce către ceilalţi care-l primesc cu căldură)."
T: „Cum te simţi acum?"
C: „Bine, nu mă mai plictisesc."

Otilia, alegându-şi globuleţul, proiectează de fapt singurătatea ei. Ea are în jurul său adulţi (tatăl este foarte autoritar), dar nu şi copii de vârsta ei. Ea este deosebit de timidă şi nu prea iniţiază contacte verbale deşi şi-ar dori. Călin i-a arătat că dacă vrea să nu mai fie singură trebuie să meargă să-şi caute prieteni. Ulterior tendinţa ei la izolare a scăzut simţitor.

A fost un exerciţiu care a permis fiecăruia accesul la autodescoperire prin întâlnirea cu celălalt, oferind condiţii pentru creşterea încrederii în sine, revalorizarea propriei persoane şi a calităţii întregului grup.

Gradul mare de satisfacţie pe care l-au avut copiii s-a reflectat în dorinţa ca fiecare copil să dea câte un titlu lucrării, să-l scrie şi să-şi pună semnătura pe afişul realizat.

A ŞAPTEA SESIUNE

Obiectivul şedinţei: Autoreglarea şi dezvoltarea personală
Exerciţii suport pentru atingerea obiectivelor:

- **Exerciţiu de „sculptură corporală"**

a. Scopuri: - exersarea capacităţilor de autoexplorare;
- conştientizarea conexiunilor dintre anumite stări fiziologice şi anumite stări psihologice;
- stimularea expresivităţii şi creativităţii;
- antrenarea capacităţilor empatice.

b. Tehnica utilizată: metafora corporală - tehnica sculpturală;

c. Descrierea exercițiului:

Exercițiul se desfășoară pe perechi A – B.

Varianta 1: A îl modelează pe B. B trebuie să verbalizeze care este starea lui interioară în postura de statuie.

A se așează în fața lui B în aceeași poziție cu a acestuia (oglinda posturală) și verbalizează care este starea lui interioară.

Se inversează apoi rolurile.

Varianta 2: A își alege o poziție, spune ce simte, iar B încearcă să-l imite în postură pe A și să experimenteze stările acestuia.

Se inversează apoi rolurile.

d. Efectele obținute în urma aplicării exercițiului:

Atenția copilului a fost îndreptată asupra propriului interior. Acest exercițiu continuă seria exercițiilor ce vizează obișnuirea copilului de a se autopercepe, de a se analiza, de a fi conștient de sine.

A prilejuit de asemenea continuarea antrenamentului empatic prin încercarea de a se transpune în starea celuilalt.

A fost implicată creativitatea realizându-se libertatea de expresie prin modelarea sculpturii.

În prima variantă se conștientizează efectele intervenției în viața cuiva (de a modela, de a induce, de a impune). Se dezvoltă capacitatea de a înțelege reacțiile altora la comunicările de tip manipulativ.

În varianta 2 se dezvoltă cunoașterea emoțională, intuiția, empatia.

- „Dans"

a. Scopuri: - antrenarea comunicării senzoriale;
- descărcarea tensiunilor și reenergizarea organismului;
- stimularea expresivității corporale.

b. Tehnica utilizată: terapia prin dans și mișcare

c. Descrierea exercițiului:

Variata A: Așezați pe perechi A-B, cu palmele lipite, față în față.

Pe muzică, cu ritm gradat, de la cel lent până la rapid, A trebuie să impună mișcări lui B.

Se inversează rolurile.

Se verbalizează cele simțite în timpul exercițiului.

Varianta B: Pe un fond muzical alcătuit dintr-o îmbinare de ritmuri lente și rapide copiii au prilejul de a se mișca, de a dansa liber.

d. Efectele obținute în urma aplicării exercițiului:

Copiii au conștientizat ce simt ei atunci când sunt conduși de alții sau când își afirmă propria autoritate. Altfel spus, și-au autoperceput reacțiile în

situații de supunere și de impunere a propriei voințe. Au fost unii care au observat că se simt mult mai bine atunci când sunt conduși de alții decât atunci când trebuie să fie ei cei care iau conducerea. Alții au trăit sentimente gratificante în ambele situații.

Unii au observat o armonizare între mișcările lor și cele ale celuilalt partener.

S-a experimentat și ceea ce înseamnă comunicare senzorială. Copiii au perceput intențiile, dorințele celuilalt prin intermediul simțurilor și nu prin utilizarea limbajului.

În cadrul discuțiilor s-au remarcat spontaneitatea, asertivitatea, exprimarea liberă, necenzurată.

Toți au simțit bucuria mișcării, starea de bucurie datorate fondului muzical.

În varianta B a exercițiului, în urma analizei casetei video s-a putut observa cum la un moment dat încep să-și armonizeze mișcările unii cu alții, în final muzica reușind să-i adune pe toți la un loc. S-a creat astfel omogenizarea trăirilor, adunarea tuturor „sufletelor" într-unul singur, armonic, sufletul grupului, fapt care dovedește existența unui mare grad de coeziune a grupului.

O dovadă în plus este faptul că pe durata întregului fragment muzical, majoritatea s-au deplasat de la unul la altul încercând să-și armonizeze mișcările, pe rând, cu fiecare membru al grupului.

Datorită stării de bine trăite a avut loc o descărcare a tensiunilor și reenergizarea organismului.

A OPTA SESIUNE

Obiectivul sesiunii: Trăirea unei experiențe comune de autoactualizare, transfigurare, maturizare afectivă, cognitivă și comportamentală.

Exercițiu suport pentru atingerea obiectivelor:

a. Descriere:

Copiii compun împreună o poveste cu douăsprezece personaje. Povestea este apoi dramatizată.

b. Tehnici utilizate: - povestea – ca mijloc provocator;
- dramaterapia – punerea în scenă a poveștii.

c. Efectele obținute în urma aplicării exercițiului:

Copiii au creat o poveste care surprinde întâlnirea dintre patru cosmonauți pământeni, aflați în misiune pe planeta Marte și locuitorii acesteia. Povestea inițială a fost doar un punct de plecare, de stârnire a creativității și

spontaneității. Luându-și în serios rolul de „marțian" sau „cosmonaut pământean", copiii au interacționat și au ajuns, după o perioadă de tatonări, de încercări de intrare în dialog a celor două tabere, la conflict.

Acesta a fost declanșat de dorința pământenilor de „a-i testa" pe marțieni, lucru care i-a deranjat foarte tare pe aceștia.

Copiii au fost sfătuiți de terapeut să ajungă la un compromis, să discute unii cu alții în fiecare tabără și să vină la dialog cu propuneri de înțelegere (să negocieze).

A fost un adevărat spectacol deoarece, dată fiind natura agresivă a copiilor la această vârstă, ei au ajuns nu numai la ceartă ci și la agresarea, bruscarea celuilalt.

Lăsându-le ceva timp de manifestare pentru a-și consuma energia, terapeutul s-a văzut nevoit să introducă formula *„stop cadru"*, cerându-le copiilor să se transforme în statui. În astfel de situații de liniște aveau loc discuții scurte cu privire la ce s-a întâmplat și ce ar trebui făcut să se evite situațiile conflictuale la care s-a ajuns.

Copiii nu au fost în stare să ajungă la o soluție pașnică. În schimb, faptul că au alergat în tot spațiul sălii, *„au spionat"*, *„au făcut fotografii"*, *„au căzut prizonieri"*, *„au evadat"*, *„au testat și s-au lăsat testați"*, le-a creat o stare de bună dispoziție, au avut posibilitatea să-și descarce tensiunile, să uite de problemele lor, să trăiască din plin fantezia jocului.

Terapeutul a recurs în final la o întâlnire cu moderator între cele două tabere. Fiecare participant a avut posibilitatea să-și exprime opiniile, sentimentele cu privire la ceea ce s-a întâmplat. S-a produs astfel o confirmare și stimulare în grup a asertivității, a importanței personale pentru ceilalți, a recunoașterii capacităților personale și a resurselor de care dispune fiecare. Acest lucru a dus la creșterea imaginii de sine, a spontaneității și la optimizarea capacităților relaționale.

S-a observat că nu au fost respectate în totalitate regulile unei bune comunicări deoarece implicarea afectivă în cadrul exercițiului a fost puternică la toți participanții, fapt care i-a impulsionat pe toți să-și afirme propriile nemulțumiri. De aceea a fost nevoie de intervenția terapeutului pentru a da pe rând cuvântul fiecăruia. Doar diferențele temperamentale i-au făcut pe unii să fie mai activi decât ceilalți.

Este important faptul că singuri au ajuns la găsirea unei soluții optime pentru situația dată: o întâlnire unde se discută în liniște, cu calm și prietenie.

Copiii au fost puși în situația să experimenteze această nouă soluție găsită de ei. Singuri au conștientizat că au aflat foarte multe informații în acest fel și că, de data aceasta, toată lumea s-a simțit mulțumită.

Astfel, copiii au avut prilejul să trăiască o anumită situație în care au fost implicați cognitiv, volitiv și mai ales afectiv, exercițiul devenind astfel

scena unui proces dinamic de creștere împreună, de transfigurare, de maturizarea afectivă, cognitivă și comportamentală.

A NOUA SESIUNE

Obiectivul sesiunii: Activarea și optimizarea expresivității și creativității, autoafirmării și cooperării, capacităților empatice.
Exercițiu suport pentru atingerea obiectivelor:

a. Descriere:

Se pornește de la un exercițiu de fantazare. Cu ochii închiși, copiii sunt îndrumați de terapeut să-și imagineze țara minunată în care ar vrea să stea. Să observe cu atenție toată această țară și să aleagă ceea ce îi place fiecăruia cel mai mult. Acest lucru va trebui să fie modelat în lut.

Se realizează apoi o prezentare a elementelor, utilizându-se o poveste.

Se realizează transpunerea în unul din elementele create și se prezintă celorlalți țara minunată. Se realizează o poveste colectivă cu toate elementele.

b.Tehnici utilizate: artterapia – modelaj în lut;
povestirea – tehnică experiențial expresivă;
dramaterapia.

c. Efectele obținute în urma aplicării exercițiului:

Efectele au fost cam aceleași ca la exercițiul din ședința a patra cu deosebirea faptului că s-au înregistrat o mai bună cooperare, o mai clară și coerentă expunere a poveștii. Nu s-au mai întâmpinat blocaje. S-au manifestat din nou proiecții ale lumii copiilor în elementele modelate și în povestirile construite. S-a oferit din nou posibilitatea manifestării asertivității, recunoașterii personale a fiecărui individ și deci revalorizarea imaginii de sine.

Povestea construită în comun dovedește mai multă unitate și coerență decât cealaltă.

Performanțele grupului s-au îmbunătățit. S-a glumit mult realizându-se astfel o adevărată terapie prin râs care a avut ca efect detensionarea și instalarea unor stări de bine.

Ceea ce aduce nou acest exercițiu este faptul că fiecare copil este pus în situația de a se transpune în obiectele, personajele create de el și de a prezenta țara sa minunată. El proiectează astfel toate dorințele sale conștiente și inconștiente. S-au explorat și rezolvat conflicte intrapsihice concomitent cu producerea unor fenomene de catharsis.

În felul acesta copilul are posibilitatea unei trăiri afective intense prin faptul că pentru câteva minute se poate afla, ce-i drept într-un mod fantezist, în această lume minunată a lui.

A ZECEA SESIUNE

Obiectivul sesiunii: Fixarea și amplificarea calității achizițiilor comportamentale anterior activate.

Exerciții suport pentru atingerea obiectivelor:

- „<u>Cutia magică</u>"

a. Scopul: - autoexplorarea cu scopul producerii insight-urilor restructurante;

- antrenarea capacităților de relaționare și comunicare.

b. Tehnica utilizată: metafora terapeutică

c. Descrierea exercițiului:

Copiii au posibilitatea de a lua dintr-o cutie magică orice calitate pe care și-o doresc și de care cred că au nevoie. Tot cutia magică e dispusă să primească trăsături umane pe care copiii consideră că le au și de care vor să scape. În final fiecare participant spune ce simte și cum gândește o persoană care a primit tot ceea ce și-a dorit și a aruncat tot ceea ce era rău sau de prisos.

d. Efectele obținute în urma aplicării exercițiului:

S-au înregistrat dificultăți în a preciza ce calități umane și-ar dori să aibe. Aceasta nu dovedește o insuficiență cunoaștere de sine, ci mai degrabă o insuficientă cunoaștere a cumulului de calități umane existente, datorită vârstei.

Exercițiul s-a dovedit a fi o reușită atunci când copiii au dat cu plăcere cutiei să depoziteze în ea acele calități de care vor să scape: răutate, egoism, invidie, mândrie, lenevie, ură, minciună, lăcomie.

S-au simțit cu totul alte persoane după ce *„au aruncat tot ceea ce era mai rău în ei"*. S-a creat o stare de optimism generalizată, de aspirații spre o existență mai bună, propice gratificării propriei persoane.

S-a remarcat din nou acea cursivitate în exprimare semn al anxietății reduse, datorată efectului de grup, precum și o bună comunicare între membrii.

- „<u>Lupta cu obstacolele</u>"

a. Scop: - autoexplorarea cu scopul producerii insighturilor restructurante;

- dezvoltarea capacității de a face față obstacolelor externe (relaționale), dar implicit și interne (blocarea resurselor).

b. Tehnica utilizată: terapia prin joc simbolic

c. Descrierea exercițiului:

Copiii sunt așezați în cerc, iar protagonistul în mijlocul cercului. Cu câte o mână pe capul protagonistului toți încep să acționeze ca o forță mică, dar puternică asupra acestuia. Fiecare participant, pe rând, devine protagonist. Se urmăresc reacțiile protagoniștilor, se verbalizează modul în care aceștia s-au simțit.

d. Efectele obținute în urma aplicării exercițiului:

Sunt conștientizate diferite strategii, metode de acțiune a copiilor când se confruntă cu obstacolul.

Copiii descoperă și experimentează noi atitudini, noi modalități de acțiune.

Exercițiul permite o învățare directă și indirectă, din propriile acțiuni și reflecții, dar și din observarea manifestărilor celorlalți.

Climatul destins, relaxant prilejuiește o învățare prin joc. În cadrul discuțiilor din final se punctează posibilitățile de luptă cu greutățile în viața reală: *„Ne luptăm cu ele și dacă vedem că tot nu reușim trebuie să nu renunțăm"*, *„Să nu ne lăsăm bătuți"*, *„Să nu ne lăsăm copleșiți"*. Interesantă e afirmația lui I: *„Dar dacă problema e foarte, foarte grea pentru noi, trebuie să știm să ne retragem"*.

- „<u>Afișul grupului</u>"

Este realizat cu scop metodologic de validare a experimentului de grup pentru a fi supus apoi unei analize calitative care să reflecte unele schimbări înregistrate la nivel grupal după desfășurarea întregului program terapeutic. (v. note - desenul 66)

Desfășurarea sesiunilor de grup nu s-a realizat la întâmplare. Astfel în primele trei sesiuni am urmărit utilizarea acelor tehnici care să permită crearea unei atmosfere securizante, de acceptanță necondiționată, capabilă să promoveze deschiderea fiecărui copil către ceilalți, cunoașterea și intercunoașterea, trăirea unor stări afective pozitive comune.

Următoarele sesiuni au permis, datorită dezvoltării unei puternice coeziuni a grupului, observată deja din a patra întâlnire, înfăptuirea unui program de autoreglare și dezvoltare personală, de optimizare comportamental-relațională, accentul punându-se pe procesele de conștientizare și autoconștientizare.

Analiza rezultatelor furnizate de cele patru mijloace prin care s-a realizat evaluarea efectelor modulului de optimizare comportamentală redau faptul că participanții au înregistrat câștiguri/progrese la nivelul stimei de sine, asertivitatii, comunicării verbale și nonverbale, cooperării, inițiativei,

creativității, spontaneității, umorului. S-au îmbunătățit capacitățile de relaționare și integrare socială.

Pentru a observa dacă există sau nu diferențe semnificative între frecvențele fiecărui tip de comportament înregistrate, pe bandă video, la începutul și la sfârșitul programului de optimizare am utilizat testul |t| pornind de la următoarea ipoteză statistică:

H_O: Nu există diferențe semnificative între frecvențele comportamentelor înregistrate la începutul programului și frecvențele comportamentelor înregistrate la sfâșitul programului.

Concepte	Comportamente	Valoarea testului |t|	Pragul de semnificație
Asertivitate	1) își afirmă propriile opinii	|t| = 11,93	p = .001
	2) inițiază acțiuni	|t| = 25,03	p = .001
Relaționare și comunicare interpersonală	3) inițiază contacte verbale	|t| = 16,18	p = .001
	4) inițiază contacte nonverbale	|t| = 60,08	p = .001
	5) participă la acțiunile grupului	|t| = 13,00	p = .001
	6) oferă ajutor	|t| = 12,85	p = .001
	7) primește ajutor	|t| = 11,46	p = .001
	8) comunică expresiv	|t| = 54,24	p = .001
	9) îi împinge pe ceilalți	|t| = 1,00	p = .339
	10) îi critică pe ceilalți	|t| = 0,00	p = .001
	11) vorbește pe un ton ridicat	|t| = 1,00	p = .339
	12) spune ce simte celălalt	|t| = 10,98	p = .001
Empatie	13) își sincronizează mișcările, trăirile cu ale celuilalt	|t| = 81,06	p = .001
Autocunoaștere	14) își exprimă propriile stări, trăiri afective	|t| = 17,70	p = .001

Valoarea tabelară pentru |t| la p=0,001 pentru 12 subiecți este 3,930.

Valorile obținute de noi la majoritatea comportamentelor sunt mai mari de 3,930, deci putem infirma ipoteza nulă. Se evidențiază așadar diferențe semnificative în plan comportamental la finalul experienței de grup.

După cum se observă, ipoteza nulă nu se respinge la nivelul a trei tipuri de comportamente, pragul de semnificație spunându-ne că valoarea calculată a lui |t| este nesemnificativă. Dacă observăm cu atenție, acestea denotă un comportament relațional agresiv. Două tipuri de explicații pot fi date aici. Pe de o parte, grupul a fost structurat în așa fel încât manifestarea comportamentelor agresive să nu fie permisă. Prin intermediul jocului de rol s-a încercat bararea oricăror acte agresive. Pe de altă parte, aceste comportamente reflectă anumite trăsături de personalitate cu tendințe la structurare, anticipând probabil viitoare tulburări de comportament. Se speră ca prin efectul de compensare, optimizarea și potențarea comportamentelor de integrare și afirmare adecvată, prosocială (v. parametri: 1-8, 12-14) să se creeze în timp o mai bună integrare și un control sporit al respectivelor tendințe agresive.

Obținerea unor diferențe semnificative destul de mari la ceilalți parametri demonstrează faptul că pe parcursul programului de optimizare au fost frecvent stimulate: asertivitatea care asigură o bună integrare și care corelează cu o imagine de sine pozitivă, relaționarea și comunicarea interpersonală bazate pe o relevantă cooperare și întrajutorare reciprocă.

Cât de bine își observă, cunosc și evaluează părinții copiii? Cât de mult continuă ei să proiecteze în odraslele lor propriile dorințe și neîmpliniri? Cu toate acestea ei pot confirma sau infirma, din perspectiva relației lor cu copilul, achizițiile, modificările comportamentelor personale ale acestuia dobândite pe parcursul și la finalul experienței de grup.

După cum am afirmat deja, la începutul programului de dezvoltare personală părinții copiilor au primit o fișă de evaluare ce cuprindea un număr de 18 parametri cărora trebuia să li se acorde o notă pe scala 0, 2, 4, 6, 8, 10. Parametrii trebuiau notați la începutul programului de optimizare, urmând ca apoi părinții să-și observe copiii pe întreaga perioadă a întâlnirilor de grup conform parametrilor din fișa de evaluare și la sfârșitul programului să-i noteze din nou. (v. Anexa 2)

Datorită faptului că datele obținute în urma completării fișelor de evaluare de către părinți sunt neparametrice vom utiliza ca instrument statistic neparametric proba Wilcoxon pentru date perechi.

Emitem ipoteza diferenței nule:

H_O: Nu există diferențe semnificative între scopurile obținute la prima evaluare și cele obținute la cea de-a doua evaluare.

Rezultatele obținute în urma prelucrării sunt următoarele:

Parametri de analiză	Valoarea calculată a lui $\lvert z \rvert$	Pragul de semnificație
1) încredere în sine	$\lvert z \rvert = 2,9341$	p = .0033
2) emotivitate	$\lvert z \rvert = 2,6656$	p = .0077
3) impulsivitate	$\lvert z \rvert = 2,3664$	p = .0180
4) spontaneitate	$\lvert z \rvert = 2,6656$	p = .0077
5) independență în acțiune	$\lvert z \rvert = 2,9341$	p = .0033
6) conformism	$\lvert z \rvert = 1,1767$	p = .2393
7) cooperare	$\lvert z \rvert = 3,0594$	p = .0022
8) sinceritate	$\lvert z \rvert = 3,0594$	p = .0022
9) sociabilitate	$\lvert z \rvert = 3,0594$	p = .0022
10) ușurință în comunicare	$\lvert z \rvert = 2,9341$	p = .0033
11) inițiativă	$\lvert z \rvert = 2,9341$	p = .0033
12) respect pentru ceilalți	$\lvert z \rvert = 2,9341$	p = .0033
13) afirmarea propriilor opinii	$\lvert z \rvert = 3,0594$	p = .0022
14) simțul umorului	$\lvert z \rvert = 2,9341$	p = .0033
15) exprimarea propriilor emoții	$\lvert z \rvert = 3,0594$	p = .0022
16) agresivitate	$\lvert z \rvert = 2,5205$	p = .0117
17) conștient de propriile resurse	$\lvert z \rvert = 3,0594$	p = .0022
18) asumarea responsabilității	$\lvert z \rvert = 3,0594$	p = .0022

Ținând cont atât de pragul de semnificație, cât și de valoarea calculată a lui $\lvert z \rvert$, putem afirma că H_O **nu se respinge în cazul parametrilor:** 2, 3, 4, 6, 16 (emotivitate, impulsivitate, spontaneitate, conformism și agresivitate).

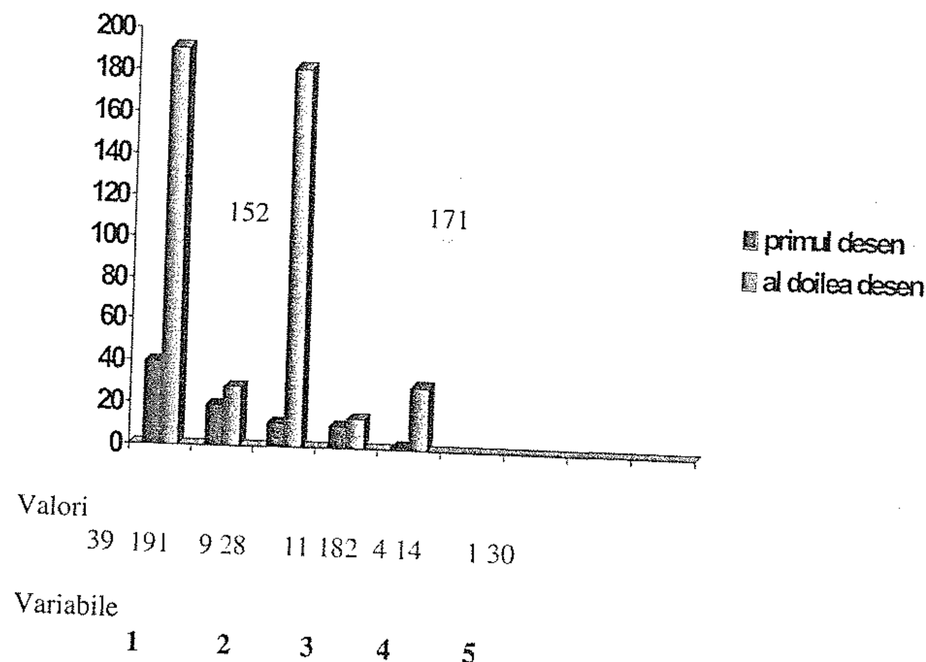
Putem însă **infirma ipoteza diferenței nule în cazul celorlalți parametri**: încredere în sine, independență în acțiune, cooperare, sinceritate, sociabilitate, ușurință în comunicare, inițiativă, respect pentru ceilalți, afirmarea propriilor opinii, simțul umorului, exprimarea propriilor emoții, conștiință a propriilor resurse, asumarea responsabilității.

Se remarcă astfel o creștere semnificativă a capacităților de relaționare și integrare socială.

Analiza comparativă a celor două desene ale grupului, realizate la începutul și sfârșitul programului este relevantă pentru confirmarea efectelor pozitive pe care modulul de optimizare psihocomportamentală l-a avut asupra copiilor.

Parametri de analiză	Primul desen	Al doilea desen	Diferențe
Numărul elementelor desenate	39	191	152
Desene separate prin granițe	9	28	19
Desene întrepătrunse (fără granițe)	11	182	171
Numărul titlurilor date afișului	4	14	10
Existența elementelor umoristice	1	30	29

Redăm mai jos reprezentarea grafică a diferențelor existente între cele două desene:



Legendă: 1 = numărul elementelor desenate
2 = desene separate prin granițe
3 = desene întrepătrunse
4 = numărul titlurilor date afișului
5 = existența elementelor umoristice

După cum se observă diferențele pentru fiecare parametru în parte sunt destul de mari, excelând parametrii 1 și 3.

Existența unei diferențe de 152 de elemente între primul și al doilea desen este o dovadă că pe parcursul întregului program au fost antrenate și dezvoltate resursele creative ale copiilor. Creativitatea colectivă este rezultatul cooperării și al unei bune relaționări între membrii grupului. Cum productivitatea creativității de grup a fost deosebit de mare la nivelul celui de-al doilea desen, afirmăm că, într-adevăr, programul realizat a dus la creșterea capacităților relaționale și integrative ale copiilor, facilitatoare de performanță.

Ca indicatori ai cooperării intergrupale sunt și parametrii 2 și 3. Deosebit de importantă considerăm a fi diferența dintre numărul desenelor întrepătrunse (fără granițe) existente în primul și al doilea desen. Este vorba de o diferență de 171 de elemente care ne dă dreptul să credem că, urmând programul de optimizare comportamentală, copiii au înregistrat un salt fantastic în domeniul relaționării fiind capabili de a realiza contacte umane ce le vor permite o bună integrare (coeziune, unificare, toleranță, deschidere, flexibilitate).

Ni se pare a fi foarte interesant să ne oprim asupra diferenței înregistrate la nivelul elementelor umoristice ce apar în desen. Aceasta este de 29 de elemente și îndrăznim să afirmăm că este o creștere relevantă. Ea dezvoltă deschiderea copiilor către celălalt, deschidere ce a favorizat productivitatea creativității intergrupale și instalarea cooperării, a unei relaționări empatice și, în consecință, pozitivă, a optimismului și schimbării perspectivei asupra vieții.

Afirmațiile copiilor sunt de asemenea semnificative pentru evidențierea reușitei programului de dezvoltare personală și optimizare relațională, program perceput de copii ca aducându-le „o mare bucurie", „uitarea tuturor necazurilor", „o recreere a creierului de atâta învățătură".

E: „Eram bucuroasă să vin la grup pentru că mă jucam și simțeam că sunt foarte apropiată de colegi. Aceștia erau pentru mine ca niște frați și mă făceau să mă simt bine, ca într-o familie."

A: „Eram veselă când eram la grup pentru că eram acolo cu copiii și atunci nu mă mai simțeam singură."

N: „Am învățat că trebuie să-i ascultăm pe ceilalți și să ne jucăm împreună."

E: „Am învățat să ne respectăm, să-i lăsăm pe alți copii să vorbească, să vorbim pe rând, să vorbim cu calm. Să nu fim răi cu colegii. Să-i ajutăm pe cei care au nevoie, să dăruim celorlalți din ceea ce avem noi, să-i facem să zâmbească."

I: „Grupul m-a făcut să mă port mai frumos, mi-a mai dezvoltat puțin mintea, am auzit niște lucruri noi, am învățat cum să mă joc cu ceilalți, că pot să fac mai multe lucruri împreună cu ceilalți. Am învățat cum să verific ce-i cu ei, cum se simt ei, cum să aflu dacă mă mint. Se cunosc toate după fața lor."

O: „Am învățat lucruri bune: să ne salutăm, să fim generoși față de alți oameni, cum să mă comport cu colegii, să formulăm povești și... mai multe."

C: „Am înțeles că dacă vreau să obțin ceva nu trebuie să mă bat ci să vorbesc frumos."

I: „Nu le mai vorbesc părinților cu voce tare pentru că așa pot obține mai multe de la ei."

Efectele programului inițiat au fost relevate și de comportamentele copiilor observate în cadrul colectivelor școlare de proveniență.

Succesul înregistrat de acest program deschide calea inițierii și a altor programe de dezvoltare psihocomportamentală a copiilor din clasele primare. Ghidul metodologic prezentat poate fi privit ca un punct de plecare pentru orice psiholog avizat în utilizarea tehnicilor experiențiale în vederea organizării și implementării în școală a unor programe care să urmărească transfigurarea, maturizarea cognitivă, afectivă, și volitivă a personalității copiilor, altfel spus dezvoltarea armonioasă în plan psihocomportamental a acestora.

NOTE

CAZUL 1 – ANDREI

Desenul 1

Desenul 2

Desenul 3

Desenul 4

Desenul 5

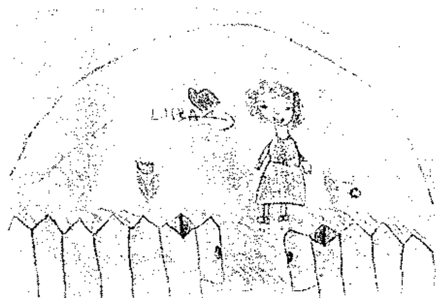
Desenul 6

Desenul 7

Desenul 8

CAZUL 3 – [illegible]

Desenul 9



Desenul 10



Desenul 11



Desenul 12



Desenul 13



Desenul 14



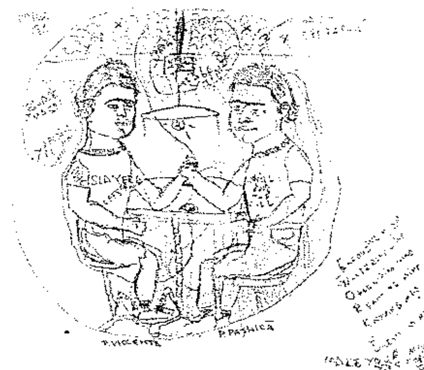
CAZUL 4 – ANA

Desenul 15



CAZUL 5 – CLAUDIU

Desenul 16



Desenul 17



Desenul 18



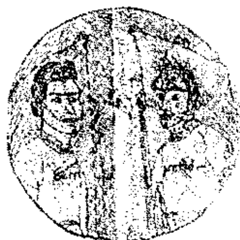
Desenul 19



Desenul 20



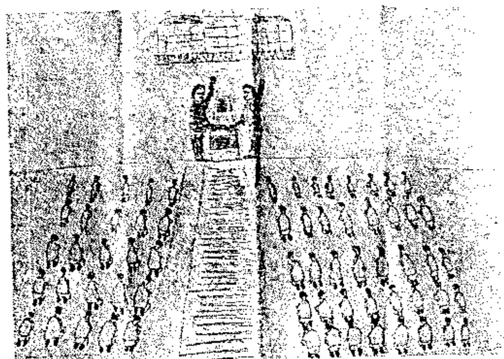
Desenul 21



Desenul 22



Desenul 23



CAZUL 6 – ANCA

Desenul 24

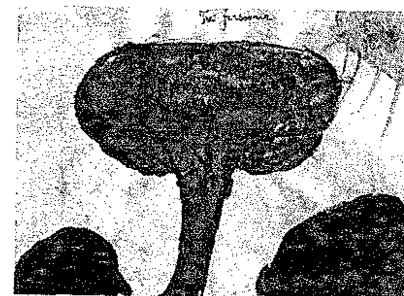


Cum se vede în prima ședință de terapie

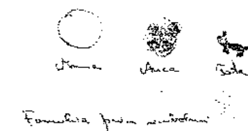
Desenul 25



Desenul 26



Desenul 27

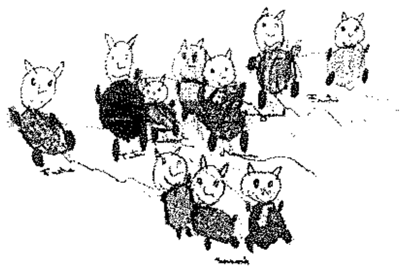


Desenul 28

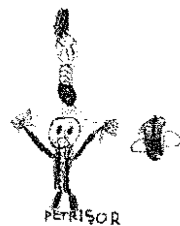


Cum se simte în ultima ședință de terapie

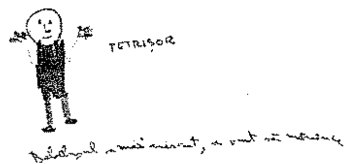
Desenul 29



Desenul 30



Desenul 31



Desenul 32



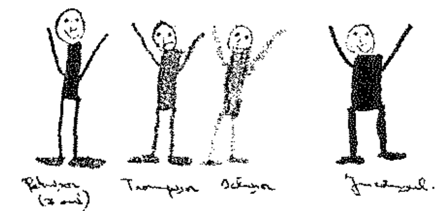
Desenul 33



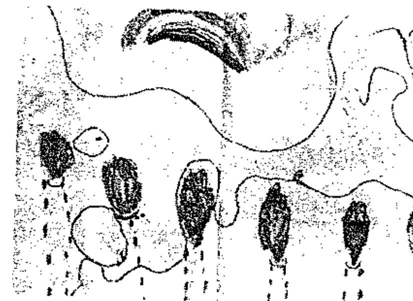
Desenul 34



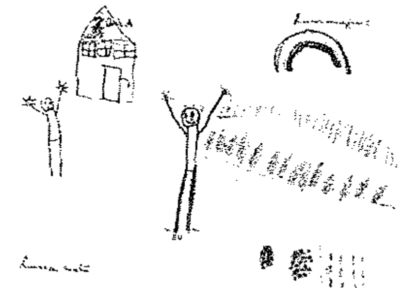
Desenul 36



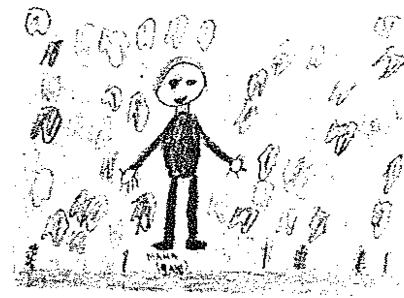
Desenul 37



Desenul 38



Desenul 39



Desenul 40



Desenul 41



Desenul 42

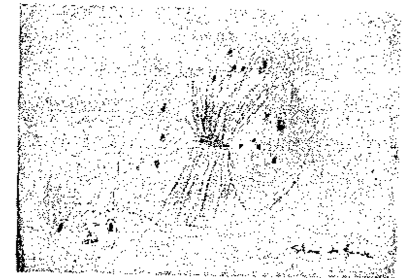


CAZUL 8 – COSMIN

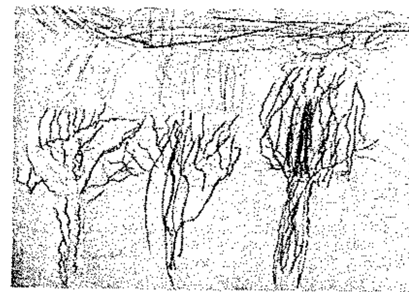
Desenul 43



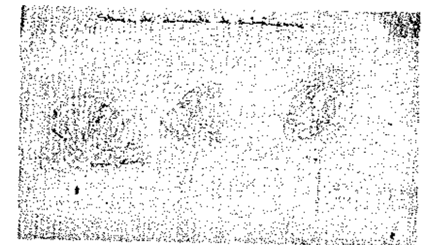
Desenul 44



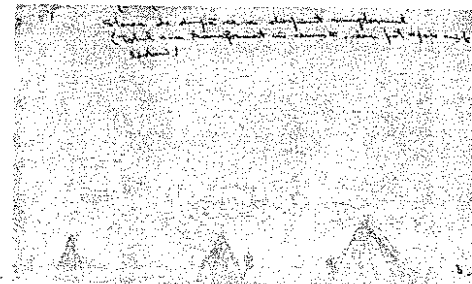
Desenul 45



Desenul 46



Desenul 47



Desenul 48



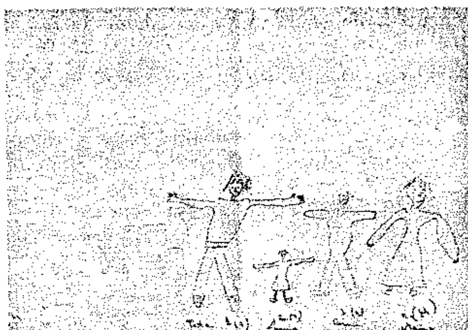
Desenul 49



Desenul 50

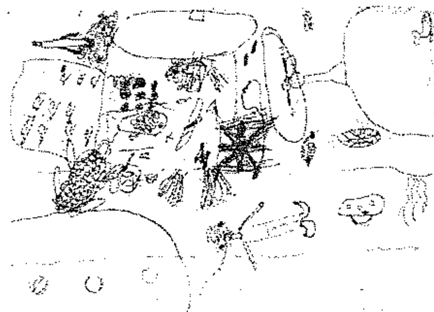


Desenul 51

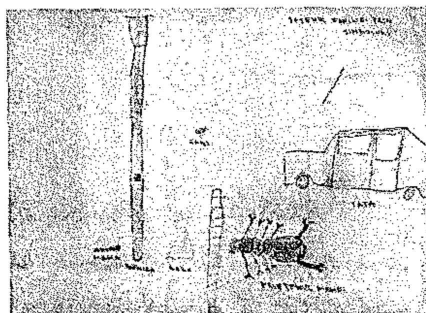


CAZUL 9 – GABRIEL

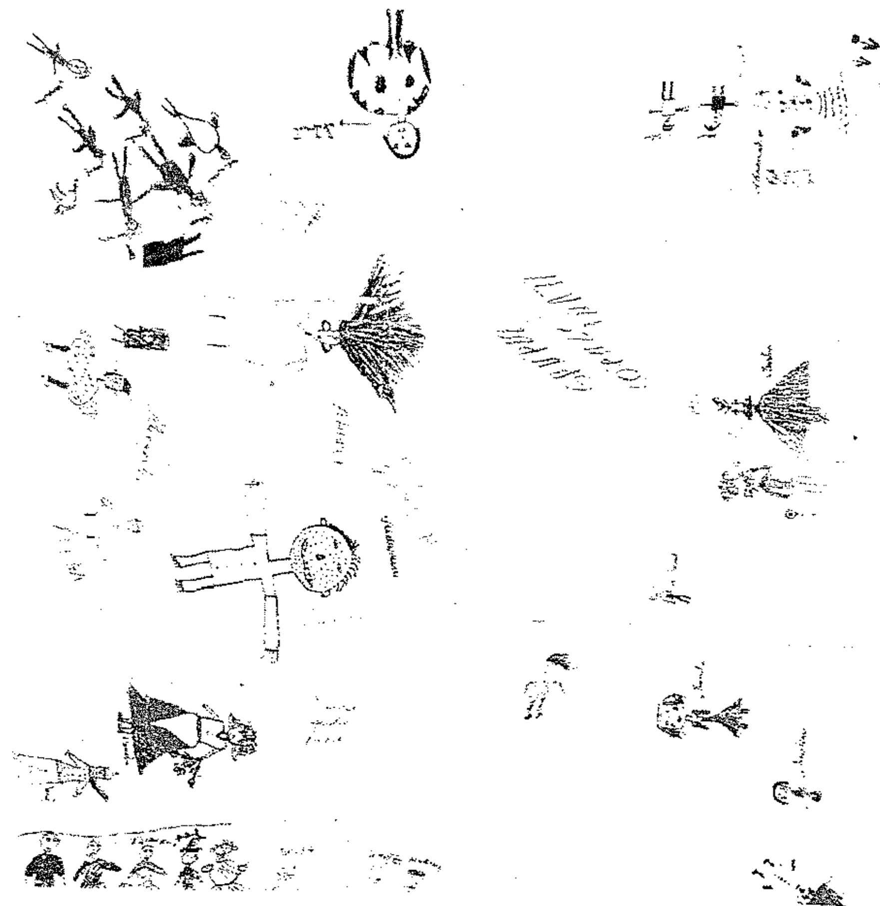
Desenul 52



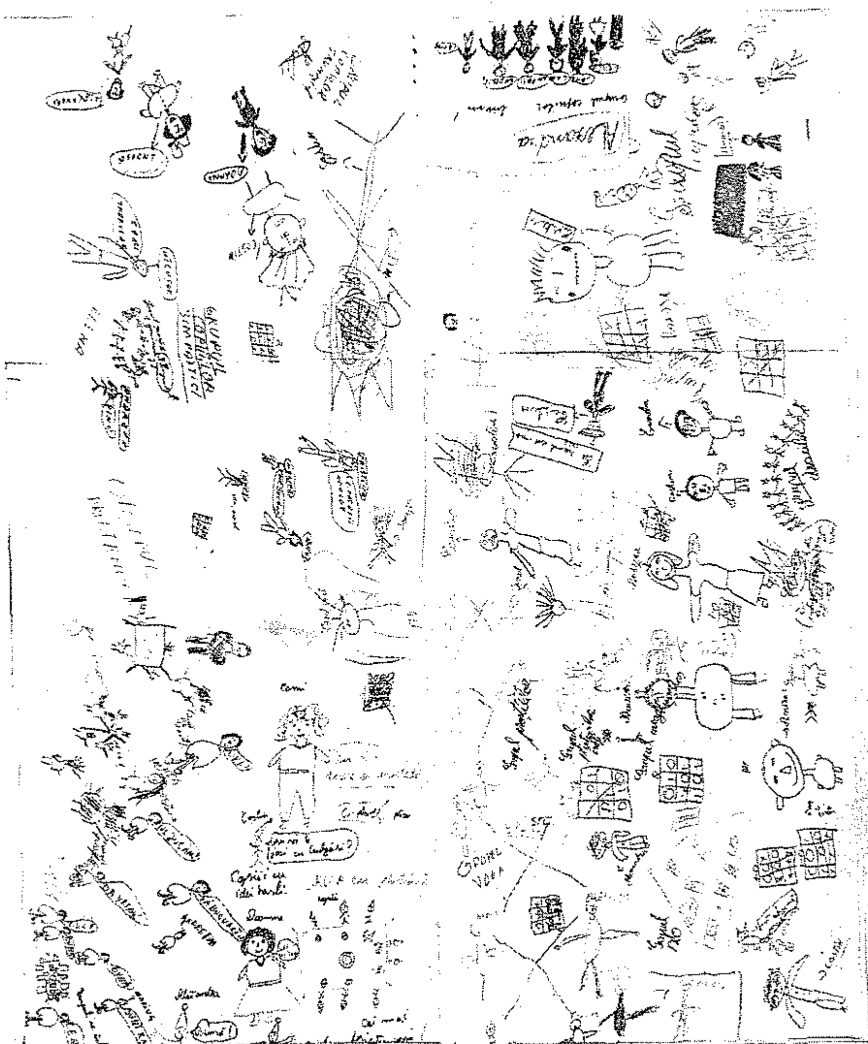
Desenul 53



PRIMUL DESEN
– AFIŞUL GRUPULUI –



AL DOILEA DESEN
- AFIŞUL GRUPULUI -



BIBLIOGRAFIE

1. American Psychiatric Association (1994) – *Diagnostic and Statistical Manual of Mintal Disorders* (4th edition), Washington, D.C. Author.
2. Asociaţia Psihiatrilor Americani (1987) - *Manualul pentru diagnosticul şi statistica tulburărilor mintale*, editat de Asociaţia Psihiatrilor Liberi din România (1993).
3. Axline V.M. (1993) – *Play Therapy*, Hougthon Mifflin Company, Canada.
4. Barkley, Russel A., Ph.D. (1991) - *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Clinical Workbook*, The Guilford Press, New York, U.S.A.
5. Bender N.William (1993) - *Learning Disabilities: Best Practice for Professionals*, Read Publishing Inc., U.S.A.
6. Bettelheim B. (1976) – *Psychanalyse des contes de fees*, Robert Laffont, Paris.
7. Bodreault M., Thivierge J., Cote R., Boutin P., Julien J., Bergeron S. (1988) - *Cognitive Developement and Reading Achivement in Pervasive - ADD and Control Children*, Journal of Child Psychology and Psychiatry, vol. 29, nr. 5.
8. Boria G. (1996) – *Spontaneitate şi întâlnire*, trad. de Fermata Jude, Universitatea de Vest, Timişoara.
9. Breen M.J. (1989) - *Cognitive and Behavioral Differences în ADHD Boys and Girls*, Journal of Child Psychology and Psychiatry, vol. 30, nr. 5.
10. Buckman R. (1988) – *I Don't Know to Say ... How to Help and Support Someone Who is Dying*, London: papermac.
11. Byrd W. (1989) – *Counseling and Children*, Word Publishing NY.
12. Corey G. (1988) – *Groups - Process and Practice*, Brooks/Cole Publishing, Corey, L., Company, Monterey, California.
13. Corte E., Weinert F. (1996) - *International Encyclopedia of Developmental and Instructional Psychology*, Pergamon.
14. Cosmovici A., Iacob L. (1998) - *Psihologie şcolară*, Editura Polirom, Iaşi.
15. Cucu-Ciuhan G. (2000) - *Psihologia şcolarului mic: dezvoltare normală, psihopatologie şi psihoterapie*, Ed. Sylvi, Bucureşti.
16. Cucu-Ciuhan G. (2000) - *Hiperactivitatea cu deficit de atenţie la copil: o abordare psihoterapeutică*, Teză de Doctorat, Universitatea Bucureşti.
17. Dobsen K.S., Kendall P.C. (1993) - *Psychopathology and Cognition*, Academic Press Inc., London.
18. Drama in therapy (1981), Volume I, Children Drama Book Specialists NY.
19. Dreikus R. (1974) – *Family Council*, Chicago, Henry Regnery.
20. Dumas J. (1992) - *Conduct Disorders*, în "Handbook of Clinical Behavior Therapy", Wiley Interscience, New York, USA.

21. Dwivedei K.N. (1996) - *Group Work with Children and Adolescents*, Jessica Kingsley Publishers, London and Bristol, Pennsylvania.
22. Eiser C. (1990) – *Chronic Childhood Disease. An Introduction to Psychological Theory and Research*, Cambridge University Press.
23. Fergusson D.M., Howood L.J., Lynskey M.T. (1993) - *The Effects of Conduct Disorder and Attention Defficit in Middle Childhood on Offending and Scholastic Ability at Age 13*, Journal of Child Psychology and Psychiatry, vol. 3, nr. 6.
24. Gelder M., Gath D., Mayou R. (1994) – *Tratat de psihiatrie Oxford*, ediţia a II-a, Asociaţia Psihiatrilor Liberi din România şi Geneva Initiative on Psychiatry.
25. Ghiran (1991) - *Psihiatria copilului şi adolescentului*, Universitatea de Medicină şi Farmacie, Cluj-Napoca.
26. Gleeson D., Parker D. (1989) - *Hyperactivity in a Group of Children Referred to a Scottish Child Guidance Service: A Significant Problem*, The British Journal of Educational Psychology, 61, nr. 2.
27. Gordon D. (1978) – *Therapeutic Metaphors*, Cupertino, Meta Publications, California.
28. Guido B., Custoldi I., Maggi L. (1993) - *Systemic Psychotherapy with Families, Couples and Individuals*, Jason Aronson Inc. Northvale, New Jersey, London.
29. Holdevici I. (1995) – *Autosugestie şi relaxare*, Editura Ceres, Bucureşti.
30. Ionescu G. (2000) – *Psihiatrie clinică – standardizată şi codificată*, Editura Univers Enciclopedic, Bucureşti.
31. Judd D. (1993) – *Communicating With Dying Children*, in D.Dickenson, M.Johnson (ed.), Death, Dying and Bereatement, London: Open University Press and Sage Publications.
32. Jung C.G. (1996) – *Psihologie şi alchimie*, Editura Teora, Bucureşti.
33. Kazdin A. (1985) – *Treatment of Antisocial Behavior in Children and Adolescents*, The Dorsey Press, Illinois.
34. Kepner J. (1987) - *Body Process: A Gestalt Approach to Working with the Body in Psychoterapy*, New York, Gardner Press.
35. Kernberg P.F., Chazan S.E. (1991) – *Children with Conduct Disorders. A Psychotherapy Manual*, Basic Books, Harper – Collins Publ.
36. Kestenbaum C., Williams D. (1988) - *Handbook of Clinical Asessment of Children and Adolescents*, New York University Press, USA.
37. Lane D., Miller A. (1997) – *Child and Adolescent Therapy: A Handbook*, Open University Presss, Buckingham.
38. Leve R.M. (1993) – *Child and Adolescent Psychotherapy*, Allyn and Bacon Publishing NY, USA.
39. Lerner J. (1989) - *Learning Disabilities: Theories, Diagnosis and Teaching Strategies*, Fifth Edition, Houghton Miffin, USA.

40. Levy F.J. (1995) – *Dance and Other Expressive Art Therapy*, Routledge, New York, London.
41. Linn E. (1990) – *One Hundred Fifty Fact About Grieving Children*, Incline Village, The Publisher's Mark.
42. Luk L.S., Laung P.W.L. (1989) - *Conners Teacher's Rating Scale - A Validity Study în Hong-Kong*, Journal of Child Psychology and Psychiatry, vol. 30, nr. 5.
43. Malekoff A. (1997) – *Group Work with Adolescents. Principles and Practice.*, The Guilford Press, New York, London.
44. Mills J., Crowley R. (1986) – *Therapeutic metaphors for children and the child within*, Brunner/Mazer Publishers NY.
45. Minuchin S. (1976) - *Families & Family Therapy*, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts.
46. Mitrofan I. (coord.) (2000) – *Orientarea experienţială în psihoterapie. Dezvoltare personală, interpersonală, transpersonală*, Editura Sper, Bucureşti.
47. Mitrofan I. (coord.) (1997) - *Psihoterapia experienţială. O paradigmă a autostructurării şi dezvoltării personale*, Editura Infomedica, Bucureşti.
48. Mitrofan I., Buzducea D., (1999) - *Psihologia pierderii şi terapia durerii*, Editura Albeda.
49. Mitrofan I., Mitrofan N. (1991) - *Familia de la A... la Z. Mic dicţionar al vieţii de familie*, Editura Stiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti.
50. Mitrofan I., Mitrofan N. (1997) – *Elemente de psihologia cuplului*, Editura Şansa SRL., Bucureşti.
51. Mitrofan I., Nuţă A. (1999) – *Jocurile conştiinţei sau Terapia Unificării*, Editura Sper, Bucureşti.
52. Mitrofan N. (coord.) (1994) - *Aspecte psihologice privind delicvenţa juvenilă*, în „Psihologie judiciară", Casa de editură şi presă „ŞANSA" S.R.L., Bucureşti.
53. Moody R.A., Moody C.P. (1991) – *A Family Perspective: Helping Children Acknowledge and Express Grief Following the Death of a Parent*, Death Sttudies, 15: 587-602.
54. Nuţă A. (1999) – *Inter-realitatea. Psihoterapie şi spectacol dramatic*, Editura Sper, Bucureşti.
55. Oaklander V. (1988) - *Windows to our children: a gestalt therapy approach to children and adolescents*, The Gestalt Journal Press, Highland NY.
56. Oancea C. (1989) - *Psihoterapia infantilă*, în Predescu V. „Psihiatria", Volumul I, Bucureşti, Editura Medicală.
57. Obrzut J.E., Hydn G.W. (1991) - *Neuropsychological Foundations of Learning Disabilities: Handbook of Issues, Methods and Practice*, Academic Press Inc., London.
58. Paleg K., Jongsma Jr. A.E. (2000) – *The Group Psychotherapy Treatment Planner*, J.Willy & Jons Inc., New York.

59. Parker H.C., Ph.D. (1988) - *The ADD Hyperactivity Workbook for Parents, Teachers and Kids*, A.D.D. Ware House, Florida, U.S.A.
60. Parker H. (1986) – *The ADD Hyperactivity Workbook for Parents, Teachers and Kids*, Impact Publications Inc., Florida.
61. Rappaport J.L., Jamond D.R. (1996) – *DSM-IV Training Guide for Diagnossis of Childhood Disorders*, Brunner/Mazee, USA.
62. Romilă A. (1997) - *Psihiatrie*, Asociația Psihiatrilor Liberi din România, București.
63. Rubin J.A. (1984) - *Child Art Therapy - Understanding and Helping Children Grow Through Art*, Van Nostrand Reinhold Company NY.
64. Schaefer Ch. (1988) - *Innovative Interventions in Child and Adolescent Therapy*, Irving B. Weiner Editor, New Jersey.
65. Schaefer D., Lyons C. (1983) – *How Do We Tell the Children?*, Newmarket Press, New York.
66. Schatter G., Courtney R. (1981) - *Drama in Therapy*, Vol. I, New York, Drama Book Specialists (Publishers).
67. Schutz W. (1969) - *Joy Expanding Human Awarness*, New York, Ever Green Black Hat.
68. Sheleen L. (1983) – *Theatre pour devenir... autre*, Editura Epi, Paris.
69. Sillamy N. (1991) – *Dictionnaire de la psychologie*, Larousse, Paris.
70. Slavin L.A., O'Malley, Koocher J.E., Foster D.J. (1982) – *Communication of the Cancer Diagnosis to Pediatric Pattients: Impact on Long-term Adjustment*, American Journal of Psychiatry, 139:179.
71. Stanton J.K. (1992) – *An introduction to dans, movement therapy in psychiatry*, Tawistok/Rondledge, London, New York.
72. Turner S., Calhoun K. & Adams H. (1992) - *Handbook of Clinical Behavior Therapy*, John Wiley & Sons, Inc., USA.
73. Vandenplass-Holper Ch. (1993) – *Les conte classique – suports de l'education socio-emotinnelle de l'enfant*, Louvain-la-neuve.
74. Vladislav E.O. (1997) – *Demers expresiv în psihoterapia copilului și adolescentului*, Dizertație Master, Universitatea București (sub coordonarea I.Mitrofan)
75. Wiener D.J. (1999) – *Beyond Talk Therapy, Using Movement and Expressive Technique in Clinical Practice*, American Psychological Association, Washington, DC.
76. Wood M.M. (1975) - *Developmental Therapy: A Textbook for Teachers as Therapists for Emotionally Disturbed Young Children*, University Park Press, Georgia, USA.
77. Zinker J. (1976) - *Creative Process în Gestalt Therapy*, New York, Bruner&Mazel Publishers.
78. Zlate C., Zlate M. (1982) – *Cunoașterea și activarea grupurilor sociale*, București, Editura Politică.



Tipar:
SITECH
Craiova, A. I. Cuza, bloc A, etaj 1
Telefon/fax: 051/414003